



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: MARÍA DANIELA DÁVILA GERMÁN, con C.I. 172265561-8, autora del trabajo de graduación intitulado: “COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE FATIGA POR COMPASIÓN Y ESTRÉS EN MIEMBROS DE LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS DE ACUERDO A SU FUNCIÓN EN VISITAS DOMICILIARIAS DEL ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS”. Estudio realizado desde la Teoría General de los Sistemas y la Teoría Cognitiva, en la institución FECUPAL en el periodo de agosto a diciembre del 2014, previa a la obtención del título profesional de PSICÓLOGA CLÍNICA, en la Facultad de Psicología.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, marzo 2015

MARÍA DANIELA DÁVILA GERMÁN

C.I. 172265561-8

ONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

PSICÓLOGA CLÍNICA

**“COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE *FATIGA POR COMPASIÓN Y ESTRÉS* EN
MIEMBROS DE LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS DE ACUERDO A SU
FUNCIÓN EN VISITAS DOMICILIARIAS DEL ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS”**

**(Estudio realizado desde la Teoría General de los Sistemas y la Teoría Cognitiva, en la
Institución FECUPAL en el período de agosto a diciembre del 2014).**

MARÍA DANIELA DÁVILA GERMÁN

DIRECTORA: MGTS SOLEDAD ÁVILA

QUITO, 2015

DEDICATORIA

A Jorge,

Por ser el ángel que da luz a mi pensar,

Y la estrella más brillante que ilumina mi saber,

Aún cuando el ser parece oscurecer.

A Martha,

Por ser la mejor madre y consejera,

La voz de la sabiduría implantada en cada una de sus experiencias

Y la sonrisa que desvanece fugazmente toda tiniebla existente.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, así como a mis padres por darme la vida, sabiduría, fortaleza e inteligencia para seguir alcanzando cada una de mis metas propuestas.

A mi familia, a mis primas, hermanas y sobrina por acompañarme en cada etapa de mi vida y ser mi inspiración de todo momento.

A mis inigualables amigos que supieron alentarme y llenarme de vibra positiva para alcanzar éste, uno de mis grandes sueños.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y en especial, a la Facultad de Psicología y a mis maestros durante toda la carrera por impartirme sus más profundos y sabios conocimientos.

A la Mgts. Soledad Ávila, mi directora de Disertación, por su dedicación, esmero y paciencia, quien me aportó paso a paso y enriqueció esta investigación.

A las personas pertenecientes a la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos y demás miembros que conforman los equipos interdisciplinarios que realizan visitas domiciliarias del área de cuidados paliativos, quienes con su colaboración y actitud positiva, contribuyeron con sus vivencias en la realización de la investigación.

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	VII
Introducción	1

CAPÍTULO I: ESTRÉS Y FATIGA POR COMPASIÓN

1.1 Estrés	3
1.1.1 Definición actual de estrés	4
1.1.2 Etapas de la aparición del estrés	5
1.1.3 Teorías	5
1.1.4 Indicadores de estrés	7
1.1.5 Factores desencadenantes	9
1.1.6 Clasificación del Estrés	10
1.1.6.1 Estrés laboral	14
1.1.6.1.1 Clasificación del estrés laboral	16
1.2 Fatiga por compasión	18
1.2.1 Síntomas	21
1.2.2 Factores desencadenantes	22
1.2.2.1 Estrategias de afrontamiento	24
1.2.2.2 La “diferenciación del sí-mismo”	26

CAPÍTULO II: FILOSOFÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

2.1 Definición de cuidados paliativos	30
2.2 Datos de la institución FECUPAL	34
2.2.1 Misión	35
2.2.2 Visión	36
2.3 Trabajadores en cuidados paliativos	36
2.3.1 Función correspondiente a cada miembro del Equipo interdisciplinario	37
2.3.2 Factores individuales	40
2.3.3 Factores institucionales	40

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 Metodología	42
3.2 Población de estudio	43
3.2.1 Caracterización	43
3.2.1.1 Sexo	43
3.2.1.2 Edad y Antigüedad en el cargo	44
3.2.1.3 Profesión – Función	44
3.3 Presentación de resultados	46
3.3.1 Entrevistas	46
3.3.2 Escala sobre la calidad de vida profesional CVPro IV	51
3.3.3 Perfil de estrés de Nowack	53
3.4 Análisis de resultados	54
Conclusiones	58
Recomendaciones	60
Bibliografía	62

LISTA DE TABLAS

Tabla		Pág.
1	Manifestaciones del Estrés	8
2	Nivel de estrés en determinadas profesiones	15
3	Síntomas de la fatiga por compasión	22
4	Escala de modos de afrontamiento	25
5	Escala de diferenciación del sí-mismo	28
6	Escalera analgésica de la OMS	33
7	Organización de equipos interdisciplinarios (FECUPAL)	37
8	Funciones desempeñadas por los miembros de los Equipos interdisciplinarios (FECUPAL)	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico		Pág.
1	Sexo	43
2	Edad y Antigüedad en el cargo	44
3	Profesión – Función	45
4	Escala sobre la Calidad de Vida Profesional CVPro IV (Promedio por Profesiones)	53
5	Perfil de Estrés de Nowack (Puntuaciones T /Profesiones)	54

RESUMEN

La presente investigación se basa en conocer cómo inciden los fenómenos del estrés y de la fatiga por compasión en cada uno de los miembros del equipo interdisciplinario conformado por: médicos, enfermeras, psicólogos, sacerdotes y voluntarios correspondientes a FECUPAL (Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos), incluyendo pasantes y profesionales permanentes; quienes son concebidos como agentes vulnerables a desarrollar ambos fenómenos, al realizar visitas domiciliarias dentro del área de cuidados paliativos hacia personas en fase terminal y sus familias. Al tratarse de un trabajo desgastante, tiende a generar en el personal niveles altos de tensión, cansancio y preocupación acerca del padecimiento de aquellos a quienes ayuda, ocasionando en el miembro del equipo un efecto traumatizante que perturba su función y calidad de trabajo que brinda.

Dentro de la investigación se toma en cuenta la función específica que cumple cada uno de los miembros de los equipos interdisciplinarios tanto individual como grupal ligado a factores individuales e institucionales, centrado especialmente en el tiempo que permanece en contacto el miembro del equipo junto al paciente en estado terminal.

Los resultados de este estudio permitirán elevar el nivel de conciencia acerca del impacto de factores que tienden a afectar al personal que está inmerso en trabajos humanitarios como el mencionado, siendo parte esencial del cuidado personal fundamental para prevenir posteriores trastornos de mayor gravedad.

INTRODUCCIÓN

El personal que integra el área de salud, conformado por profesionales y voluntarios, trabaja frecuente y directamente con personas que experimentan graves traumas y crisis personales. Los roles y actividades de dichos miembros varían al igual que sus funciones, lo que los hace agentes vulnerables a riesgos psicosociales; debido a que el *estrés* y la *fatiga por compasión* son algunos de los factores que inciden directamente en cada uno de los miembros, como resultado de la relación de ayuda terapéutica, de la empatía y del compromiso emocional, lo que podría estar relacionado a un apego incorrecto entre el profesional de la ayuda y el paciente, afectando a la calidad de la asistencia que el profesional está ofreciendo.

La pregunta que guía la investigación actual es ¿cómo inciden la fatiga por compasión y el estrés en cada uno de los miembros del equipo interdisciplinario de acuerdo a su función en visitas domiciliarias del área de cuidados paliativos?, y se la aborda a partir de la Teoría Cognitiva y la Teoría General de los Sistemas, las cuales se han ocupado de los Cuidados Paliativos y los fenómenos expuestos: estrés y fatiga por compasión.

Por su parte, la Teoría Cognitiva establece definiciones de *estrés* y *fatiga por compasión*, sus características, estrategias de afrontamiento y derivados y, la Teoría General de los Sistemas, con un enfoque distinto complementa y enriquece dichos conceptos, en base a una perspectiva más global, abarcando a todo el sistema que, en este caso forman parte del proceso de los cuidados paliativos; es decir, incluye una visión del paciente en fase terminal, su familia y el personal que está a cargo de realizar dicho proceso. Al mismo tiempo, la Teoría General de los Sistemas brinda un aporte teórico sobre el *estrés*, desencadenantes del estrés laboral, a más de determinar el concepto de *diferenciación del sí-mismo*, tomado en esta investigación como uno de los factores desencadenantes que conllevan al padecimiento de los fenómenos: estrés y fatiga por compasión. Es así que, ambos enfoques teóricos son indispensables para cumplir los objetivos propuestos.

OBJETIVOS

General

Comparar la incidencia de la fatiga por compasión y estrés en los equipos interdisciplinarios de acuerdo a la función que cada miembro realiza en las visitas domiciliarias en FECUPAL.

Específicos

1. Definir el estrés y la fatiga por compasión, causas e impacto que generan.
2. Describir la filosofía de los cuidados paliativos y las funciones de los trabajadores de acuerdo a su implicación en FECUPAL.
3. Establecer las diferencias y el impacto del estrés y la fatiga por compasión de acuerdo a la profesión y función de cada uno de los miembros de los equipos interdisciplinarios.

HIPÓTESIS

La fatiga por compasión y el estrés afectan en mayor medida a los miembros de los equipos interdisciplinarios que permanecen más tiempo en contacto con el paciente en estado terminal.

Para llevar a cabo la presente investigación se hace uso de técnicas primarias con el fin de obtener información relevante a la misma; con respecto a lo teórico se aplica la técnica documental basada en fichas, subrayados, resúmenes, abstracción de ideas principales y secundarias y, en cuanto a la investigación en sí, se realiza una entrevista semi estructurada en base a preguntas guías y la aplicación de las pruebas “Escala sobre la calidad de vida profesional CVPro IV” y el “Perfil de estrés de Nowack”, a los miembros de los equipos interdisciplinarios que realizan visitas domiciliarias.

CAPÍTULO I

ESTRÉS Y FATIGA POR COMPASIÓN

1.1 Estrés

El concepto de *estrés* ha ido evolucionando a través de la historia y sus concepciones varían de acuerdo a la época en que dicho concepto se ha situado, como lo recapitula el Psiquiatra Javier Alcalde de Hoyos (2010) en su Informe técnico sobre Estrés en el lugar de trabajo:

- El Fisiólogo Francés Claude Bernard hasta a mediados del siglo XIX indicó que el organismo se ve afectado por los cambios externos del ambiente en el que el individuo se encuentra, al verse sometido al *estrés*, provocando un desequilibrio y, su ajuste dependerá de una estabilidad de su *milieu interieur* (medio interior).
- Robert Hook planteó un concepto técnico de estrés a finales del siglo XVII al exponer “la relación por la que la aplicación de una fuerza externa sobre una estructura física llegaba a distorsionar y deformar dicha estructura u objeto” (Alcalde, 2010, p.5).
- El término estrés proviene del latín *Stringere* (restringir, estrechar, apretar), término utilizado por primera vez en el siglo XIV y, desde entonces se empleó en diferentes textos en inglés como stress, stret, stresse, straise en referencia al encuentro con dificultades, adversidades o contrariedades.
- El fisiólogo estadounidense Walter Cannon en 1920 formuló su investigación sobre las reacciones específicas, esenciales para mantener el equilibrio interno ante situaciones de emergencia. Plantea de forma anticipada el concepto actual de *estrés*.
- En la década de 1930 Hans Selye, estudiante de la carrera de medicina, al realizar sus estudios observó que, indistintamente de la enfermedad propia que presentaba cada uno de sus pacientes, todos manifestaban síntomas comunes y generales como: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia. Y, a esto lo denominó "Síndrome de estar Enfermo". De esta manera, Selye conceptualizó al estrés como “síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química.” (Alcalde, 2010, p.6).

- A lo largo de los años, el estrés ha sido entendido como estímulo, respuesta e interacción, siendo este último la definición más adaptada hasta la actualidad, como bien lo exponen Lazarus y Folkman en el año de 1986: el estrés surge como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores externos o internos) y los recursos propios que dispone el sujeto.

1.1.1 Definición Actual de Estrés

Actualmente, el estrés se define como una reacción normal y un hecho habitual de la vida de todo ser humano, siendo una respuesta espontánea del organismo que funciona como un mecanismo de defensa ante las presiones físicas, emocionales o situaciones extremas de peligro a las que la persona se ve expuesto constantemente en su cotidianidad. “Tener estrés es estar sometido a una gran presión, sentirse frustrado, aburrido, encontrarse en situaciones en las que no es fácil el control de las mismas, tener problemas conyugales, etc.” (Barahona, Guerra y colaboradores, 2012, p.6).

Es importante exponer que, la reacción ante el estrés es una respuesta universal ante la exposición directa o indirecta a cualquier tipo de estresor o factor desencadenante que represente peligro o amenaza, sea este real o imaginario, como es el caso de reacciones o anticipos de acontecimientos que no se han efectuado todavía y que podrían resultar de manera negativa en el futuro, pero que se manifiestan en los pensamientos de la persona.

En varias investigaciones realizadas a nivel mundial, se ha llegado a conocer que el estrés implica tanto reacciones psicológicas como fisiológicas ante el desequilibrio en general que provoca la persona, en ambas, su resultado es el de huir de la situación que lo genera (estresor) o enfrentarlo de una forma violenta. En cuanto a las respuestas fisiológicas intervienen casi todos los sistemas, conjunto a órganos y funciones del cuerpo, como: cerebro, nervios, corazón, flujo de sangre, nivel hormonal, digestión y función muscular que, por lo general, provocan síntomas visibles y de fácil detección de acuerdo a la intensidad y frecuencia con que se manifieste el estrés, respuesta que es particular a cada persona.

En un inicio cuando las situaciones estresantes son pasajeras o infrecuentes, no representan mayor riesgo para la salud de quien lo padece; no así, cuando los episodios estresantes ocurren de forma habitual, conllevan al organismo a un estado de alerta constante que pueden conducir a desórdenes orgánicos o mentales severos como el

agotamiento y/o el síndrome de burnout que, a su vez desencadenan posteriores trastornos.

Así, el estrés se puede definir como la respuesta fisiológica, psicológica y comportamental que una persona desarrolla necesariamente para la adaptación y reajuste a presiones tanto internas como externas.

1.1.2 Etapas de la Aparición del Estrés

Piñuel, en su obra “La dimisión interior” (2008), establece tres fases que surgen ante una situación estresante, en base al planteamiento previo de Selye en el año de 1956:

A) Reacción de alarma

“Se activan los mecanismos del organismo para afrontar o evitar el peligro” (Piñuel, 2008, p.49). Reacción en la que se activan una serie de sistemas fisiológicos del cuerpo humano como el sistema nervioso simpático, que a su vez activa el sistema adrenérgico, cuyo proceso libera adrenalina en el sistema sanguíneo y otras hormonas del estrés.

B) Etapa de resistencia

“Se trata del mantenimiento en el tiempo del estado de alerta que el organismo debía haber eliminado” (Piñuel, 2008, p.49), es decir, se genera una resistencia al estresor, lo que implica una alta inversión de energía al permanecer activados los sistemas de defensa del organismo, produciendo un efecto rebote ante la ausencia del estresor; a nivel fisiológico, el sistema nervioso parasimpático retorna al equilibrio apagando el sistema simpático.

C) Etapa de agotamiento

En caso de no prestar atención a los síntomas alarmantes que el organismo manifiesta ante acontecimientos estresantes o estresores, se genera un colapso del sistema mental y físico que incluso puede llevar a la muerte.

1.1.3 Teorías

Los autores Paulina Barahona, Érika Guerra y colaboradores (2012), en su obra “El Estrés en los estudiantes de las Facultades de enfermería y Psicología de la PUCE–

Quito”, plantean cuatro teorías referentes al estrés, fundamentadas en varios autores que han aportado en la evolución del concepto de estrés:

A) Modelos basados en el estímulo

Teoría basada en la comparación con la ley de la elasticidad de Hook: “si la fuerza producida por un estrés cae dentro del límite elástico del material, al desaparecer el estrés el material simplemente retornará a su condición original; pero si sobrepasa el límite elástico se producirá un daño permanente.” (Barahona et al., 2012, p.9); es decir, la sobreexposición de estrés que rebasa el límite de elasticidad del organismo es causante de enfermedad. “Esta teoría intenta demostrar que los estímulos independientes son los estresantes y causantes de la enfermedad y no el estrés que en conjunto estos producen.” (Barahona et al., 2012, p.9)

B) El paradigma psicobiológico

Los autores Levi y Kagan (1971) demostraron que las manifestaciones y enfermedades ocasionadas por el estrés son producto de la interacción entre el medio ambiente y la constitución psicobiológica de cada persona, lo que determinará que la persona padezca o no de dicho fenómeno.

C) Modelo de Henry y Stephens

Modelo que explica la respuesta de una persona como generador de estrés ante la presión y demandas que le exige el medio en el que se encuentra, en base a la interacción de varios factores como: rol de la persona en los distintos contextos donde se desarrolla, factores hereditarios, vivencias de la infancia y sucesos experimentados en el pasado reciente, que cumplen la función de precipitadores ante dicha reacción.

D) Los eventos vitales de Holmes y Rahe

Holmes y Rahe formulan que “cada acontecimiento vital deseable o no deseable, bueno o malo, tiene una capacidad estresante individual y que según el valor de estrés que alcancen en conjunto todos estos acontecimientos, se produce o no la enfermedad.” (Barahona et al., 2012, p.9).

Esta teoría plantea que la presencia de una serie de estresores de índole psicológica y física de distintos valores, establecidos en la escala de Holmes y Rahe, a más de factores

genéticos, culturales y vivenciales, todos en conjunto, determinan la presencia de estrés, sus síntomas y demás variaciones.

1.1.4 Indicadores de Estrés

Dado que el estrés se produce ante estresores que generan un desequilibrio a nivel general, físico y psicológico, de la persona estando en interacción, directa o indirectamente, con el ambiente en el que la misma se desenvuelve, existen tres tipos de manifestaciones o indicadores que denotan la presencia de estrés: neuroendocrinos, psicofisiológicos y psicológicos.

Ante estímulos o estresores amenazantes, relacionados específicamente con factores emocionales, se produce una activación de los sistemas neuroendocrinos, en primera instancia como una respuesta adaptativa que, en un aumento de frecuencia e intensidad a la exposición de dichos estresores, puede llegar a provocar efectos nocivos a la salud dada la energía producida de forma innecesaria.

Las manifestaciones psicofisiológicas, en general son involuntarias, al igual que las respuestas de tipo neuroendocrino, involucran una movilización general del organismo frente a un agente del estrés. Entre las que más destacan son el aumento de la tasa cardíaca, la presión sanguínea o la actividad respiratoria.

En cuanto a las reacciones psicológicas se tiene indicadores emocionales, somáticos, cognitivos y comportamentales, que implican una movilización psíquica ante un estresor, en base a “percepciones, conocimientos, rememoraciones, emociones, defensas y mecanismos de afrontamiento, cambios en las actitudes y en la autoestima, conductas y síntomas.” (Barahona et al., 2012, p.10).

Los indicadores emocionales y somáticos están íntimamente relacionados entre sí, siendo los unos causantes de los otros o viceversa. Las emociones asociadas al estrés son negativas como la ansiedad, depresión e ira, y estados de ánimo como la impaciencia y la frustración.; los indicadores somáticos son percibidos y expresados como quejas o malestares, siendo los más habituales la fatiga, el insomnio, el temblor, y dolores de distinta índole.

Los indicadores cognitivos y comportamentales son considerados estrategias de afrontamiento ante el estrés, que en su mayoría generan resultados adaptativos. Con respecto a los indicadores cognitivos, están la indecisión, aumento de la actividad mental,

pérdida del sentido del humor, de la memoria, del apetito. y, entre los indicadores comportamentales se producen síntomas de nerviosismo como hiperactividad, trastornos alimenticios, trastornos del sueño, adicciones.

Según Piñuel, cuando el estrés se presenta de forma prolongada viene a manifestarse de acuerdo a seis síntomas que se establecen en la tabla No.1:

TABLA No. 1
MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS

SÍNTOMAS	¿CÓMO SE MANIFIESTAN?
COGNITIVOS	<ul style="list-style-type: none"> • Olvido y pérdida de memoria • Dificultad para concentrarse • Tristeza / depresión • Apatía / Falta de iniciativa • Irritabilidad • Inquietud / nerviosismo / agitación • Agresividad / ataques de ira
PSICOSOMÁTICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Pesadillas / sueños vividos • Dolores de estómago • Diarreas / colon irritable • Vómitos • Náuseas • Falta de apetito • Sensación de nudo en la garganta • Llanto • Aislamiento
DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO	<ul style="list-style-type: none"> • Dolores en el pecho • Sudoración • Sequedad en la boca • Palpitaciones • Sofocos • Sensación de falta de aire • Hipertensión / hipotensión arterial
DESGASTE FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Dolores dorsales y lumbares • Dolores cervicales • Dolores musculares inespecíficos (fibromialgia)

CONTINUACIÓN DE LA TABLA No. 1

TRASTORNOS DEL SUEÑO	<ul style="list-style-type: none">• Dificultad para conciliar el sueño• Sueño interrumpido• Despertar temprano o sueño ligero
CANSANCIO Y DEBILIDAD	<ul style="list-style-type: none">• Fatiga crónica• Flojedad en las piernas• Debilidad• Desmayos• Temblores

Fuente: Piñuel, (2008), citado en Barahona, et al., (2012), *El Estrés en los estudiantes de las Facultades de enfermería y Psicología de la PUCE–Quito*. p.12.

1.1.5 Factores Desencadenantes

Las causas o factores desencadenantes del estrés, conocidos comúnmente como *estresores*, son aquellos estímulos externos o internos: físicos, químicos, somáticos o socioculturales, que generan un desequilibrio repentino en el organismo.

Los estresores dependen de una serie de condiciones que los desencadenan, como lo establece Barahona et al. (2012) mediante una taxonomía que contiene diez categorías con aspectos particulares:

1. Situaciones que fuerzan a procesar información rápidamente.
2. Estímulos ambientales dañinos.
3. Percepciones de amenaza.
4. Alteración de las funciones fisiológicas (enfermedades, adicciones).
5. Aislamiento y confinamiento.
6. Bloqueos en nuestros intereses.
7. Presión grupal.
8. Frustración.
9. No conseguir objetivos planeados.
10. Relaciones sociales complicadas o fallidas.

Por otra parte, se conoce ampliamente la taxonomía propuesta por Lazarus y Folkman (1984) y descrito por Barahona et al. (2012), en base a su concepto de estrés, que

engloba cuatro tipos de acontecimientos estresantes, los cuales pueden estar presentes de forma aguda o crónica o, como anticipatorios a sucesos del futuro:

1. Estresores únicos.- tragedias y cambios drásticos que alteran la cotidianeidad de las personas, llegando a afectarlas en un gran porcentaje.
2. Estresores múltiples.- referentes a cambios significativos y de transcendencia vital para las personas, perturbando a una sola persona o a pequeños grupos.
3. Estresores cotidianos.- cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas.
4. Estresores biogénicos.- mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta de estrés sin la mediación de los procesos psicológicos.

Además, existen una serie de factores, basados en un enfoque sistémico, que alteran a todo un sistema familiar, afectándolos de *stress* (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1995), al verse sobrecargados y conlleva a que los recursos individuales y familiares se vean amenazados; dentro de este tipo de desencadenantes se encuentran situaciones como: depresión económica, cambios de domicilio, pobreza, discriminación, transiciones y fases evolutivas por las que toda familia debe cursar, adaptaciones a cambios, aumento o disminución del número de integrantes de la familia generado por muertes, divorcios, matrimonios, partida por estudios, problemas de idiosincrasia, disparidad de desarrollo entre un individuo y el resto, deformaciones físicas, entre otros.

1.1.6 Clasificación del Estrés

El estrés al ser un término globalizado ha sido estudiado a partir de una serie de ramas científicas y de un sin número de autores, por lo que existen varias clasificaciones que hacen referencia al mismo; entre las más destacadas se tienen:

La American Psychological Association (2014) establece tres tipos de estrés, cada uno con sus propias características, síntomas, duración y enfoques de tratamiento:

A) Estrés agudo

El estrés agudo se dice que es la forma más común de estrés, dado que puede manifestarse en la vida de toda persona, siendo tratable y manejable sin provocar mayor afección en la cotidianeidad. “Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano” (American Psychological

Association, 2014, párr.1). Su duración va a depender del factor que lo desencadene; dichos factores son de fácil detección para la persona que lo padece, denominándolos como situaciones negativas por las que han tenido que pasar como: un accidente de tránsito, preocupaciones en temas de trabajo, hogar, familia, asuntos pendientes por resolver, responsabilidades, y demás exigencias que demande su entorno en general.

Sin embargo, si se vuelve duradero y de alta intensidad resultará dañino para la salud, manifestándose en aumento los síntomas comunes a este tipo de estrés, entre los cuales, se tienen:

- Agonía emocional: combinación de las tres emociones características del estrés: enojo o irritabilidad, ansiedad y depresión.
- Problemas musculares: dolores severos de cabeza, espalda, mandíbula y tensión muscular que conlleva a desgarro y contractura muscular.
- Molestias estomacales e intestinales: acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y síndrome de intestino irritable.
- Sobreexcitación transitoria: activación del sistema parasimpático que conduce a “elevación de la presión sanguínea, ritmo cardíaco acelerado, transpiración de las palmas de las manos, palpitaciones, mareos, migrañas, dificultad para respirar, y dolor en el pecho” (APA, 2014, párr.4).

B) Estrés agudo episódico

Este tipo de estrés se genera ante el padecimiento de estrés agudo frecuente; generalmente, se presenta en personas con alta carga emocional, laboral, preocupaciones excesivas y exigencias autoimpuestas, cuyas demandas no logran cumplir en su totalidad y, por ende, se provocan síntomas tales como: agitación, mal carácter, irritabilidad, pesimismo, culpabilidad, conformismo, resistencia al cambio, ansiedad y tensión alta. Este tipo de personas poseen "mucho energía nerviosa" (APA, 2014, párr.6) que la transmiten como señal de hostilidad hacia quienes los rodean, lo que genera un deterioro en las relaciones interpersonales y, a la vez, en su contexto en general.

La APA (2014) expone que

La personalidad "Tipo A" propensa a los problemas cardíacos descrita por los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman, es similar a un caso extremo de estrés agudo episódico. Las personas con personalidad Tipo A tienen un "impulso de competencia

excesivo, agresividad, impaciencia y un sentido agobiador de la urgencia". Además, existe una forma de hostilidad sin razón aparente, pero bien racionalizada, y casi siempre una inseguridad profundamente arraigada. (párr.7).

Los síntomas de este tipo de estrés son: dolores severos de cabeza, migrañas, hipertensión, dolor en el pecho y enfermedad cardíaca. Por lo que su tratamiento requiere de un profesional que realice una intervención en todos los niveles en los que la persona que lo padece presente los síntomas asociados a este tipo de estrés, la cual puede tomar varios meses, dependiendo de cada caso en particular.

C) Estrés crónico

El estrés crónico es aquel que afecta física y mentalmente a la persona que lo padece, lo desgasta e interfiere notablemente en su cotidianidad. Este "surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables. Sin esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones" (APA, 2014, párr.13).

Se plantea que algunos tipos de estrés crónico provienen de experiencias traumáticas de la infancia y que han perdurado hasta la actualidad, generando una afección en la personalidad. La persona se ve inmersa en un sistema de creencias negativas sobre el mundo y sobre sí mismo, resultándole en algún punto un aspecto "cómodo", lo que le produce un estrés interminable y, cuyo tratamiento amerita indudablemente de un profesional que lo ayude a replantearse dicho sistema de creencias.

El estrés crónico provoca consecuencias nefastas para la persona, conduciéndolo al suicidio, violencia, ataque al corazón, apoplejía e incluso al cáncer, debido a que la persona que lo padece se ve desgastada hasta el punto de llegar a una crisis nerviosa final y fatal. Es así que, los síntomas que este tipo de estrés genera, requieren de un tratamiento complicado y de larga duración, que engloba un tratamiento médico y psicológico con enfoque conductual destinados al manejo del estrés.

Por otro lado, el Psiquiatra Javier Alcalde de Hoyos (2010) en su obra *Informe técnico sobre estrés en el lugar de trabajo*, plantea cuatro tipos de estrés:

A) Estrés y distrés

El *estrés* es un elemento necesario que actúa, en un nivel normal y deseable, como factor de motivación necesario para alcanzar metas y superar obstáculos; sin embargo, este

nivel puede excederse y llegar a ser perjudicial para la salud de quien lo padece, lo que se denomina *distrés*.

B) Estrés físico y mental

Se define al *estrés físico* como fatiga o cansancio emocional al estar expuesto a distintas temperaturas, al peligro o a sustancias que provocan irritación; a diferencia del *estrés mental* que se origina en “las relaciones interpersonales, frustraciones y apegos, conflictos con nuestra cultura o religión o por la preocupación por alguna enfermedad” (Alcalde, 2010, p.7).

C) Estrés agudo

El estrés agudo es el resultado inmediato de un impacto violento e intenso físico o emocional, que, al superar el umbral de la persona, genera una respuesta del mismo carácter. Este tipo de estrés provoca síntomas físicos severos como úlceras hemorrágicas de estómago y trastornos cardiovasculares, conllevando incluso a infartos.

D) Estrés crónico

Estrés manifestado de forma permanente y en un tiempo prolongado continuo que sobrepasa el umbral de resistencia de la persona provocando “enfermedades de adaptación” que tienden a agotar al cuerpo y así, pasa de ser un estrés a un distrés. Este tipo de estrés se genera por una exposición prolongada a factores estresantes externos, que incluye profesiones como ejecutivos, médicos, psicólogos o por condiciones crónicas prolongadas de la respuesta del estrés como en casos de depresión y estrés postraumático, situaciones en las cuales la persona secreta una serie de hormonas del estrés como la adrenalina y el cortisol.

Algunos autores proponen una diferencia de acuerdo a la duración temporal entre el estrés agudo que ocurre menos o hasta los seis meses de acontecido el factor o suceso estresante y, el estrés crónico que supera dicho tiempo.

E) Distrés crónico

El distrés crónico así, como el estrés crónico, es originado por una sobre estimulación orgánica, que produce un cambio exagerado del ritmo biológico inactivo hacia un ritmo producto del estrés que genera irritabilidad y fatiga.

1.1.6.1 Estrés Laboral

El estrés laboral es el estrés presente en el medio laboral u organizacional, el cual “puede afectar a los individuos de todas profesiones, edades, sin importar sexo, nacionalidad, antecedentes educativos o rol” (Williams y Cooper, 2004, p.1). Este tipo de estrés provoca alteraciones a nivel de salud de forma general en quien labora, a más de generar alteraciones en el desempeño que realiza el trabajador, ligado una serie de costos a nivel de la organización a la que pertenece.

Ante dicho fenómeno se ha establecido una ley a nivel mundial denominada “Ley de Prevención de Riesgos Laborales” que; sin embargo, es acatada por pocas empresas y administraciones. Es así que, existe actualmente una alta incidencia de riesgos laborales en la población activa, que ha ido acrecentado con el paso de los años, siendo los principales el estrés, el burnout, el mobbing, la violencia psicológica o física y los riesgos psicosociales, característicos de “organizaciones tóxicas”, como las denomina Piñuel (2008). Este tipo de riesgos psicosociales son producto de la idolatría del éxito fundamentada en la “moral del trabajo”, consignas que condicionan la actitud de gran parte de los trabajadores direccionándolos incluso a sus vidas fuera de lo laboral, dado que en base a esta, los seres humanos son valorados personal y socialmente de acuerdo al grado del esfuerzo realizado y el éxito profesional que demuestre de forma particular.

Los factores desencadenantes del estrés laboral, son los mismos que conllevan al estrés general. Así, intervienen, por un lado, elementos individuales como exigencias del entorno con el cual se interacciona constantemente de acuerdo a la personalidad, actitudes, estrategias de afrontamiento y experiencias previas, como las necesidades, aspiraciones, expectativas y valores y, por otro lado, elementos ambientales externos físicos como la temperatura, luz, ruido, vibración, movimiento, aire contaminado. Además, se añaden factores extra organizacionales, agentes ajenos a la organización, que median directamente con el resto de factores y producen estrés; entre estos se incluyen el cambio y relaciones sociales, la familia, la reubicación, condiciones económicas, raza, clase social, condiciones comunitarias.

Los estresores propios de la organización “tóxica” (Piñuel, 2008), son aquellos que dejan de lado la relación básica de bienestar, motivación y desempeño del empleado y más bien, mantienen factores que contribuyen al apareamiento del estrés como son el conflicto y ambigüedad del rol, jornadas de trabajo excesivas, relaciones interpersonales conflictivas y falta de incentivos.

Este tipo de estrés conlleva a una serie de consecuencias o costos, visibles e invisibles, a nivel personal y de la organización en general. A nivel personal, las manifestaciones fisiológicas y psicológicas, son generadas por presiones y demandas elevadas que sobrepasan la capacidad de quien se ve obligado a cumplirlas, siendo uno de las principales el agotamiento; mientras que a nivel organizacional o comercial, las posibles consecuencias del estrés en el trabajo son: absentismos por enfermedades, muchas de las veces “simuladas”, responsabilidad legal del patrón en cuanto a costes de impuestos y demás pagos obligatorios, rotación del personal debido a renuncias o despidos, ineficiencias, errores y accidentes.

Es importante señalar que, la naturaleza de cada labor, profesión y función exige mayor o menor cantidad de recursos a los trabajadores, independientemente de sus diferencias individuales. “Unos trabajos exigen prisa, inmediatez, otros exigen precisión, exactitud, otros exigen un gran esfuerzo físico, otros un gran esfuerzo mental, otros acarrear una gran responsabilidad, pues las consecuencias de un error pueden ser vitales, etc.” (Alcalde, 2010, p.38). Alrededor de este tema, se han realizado varias investigaciones que determinan las diferencias del grado de estrés entre profesiones, una de las más importantes es la investigación elaborada por el Instituto de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Manchester, que evalúa el grado de estrés en un promedio de 0 a 10 puntos de acuerdo a la profesión y se muestra en la tabla No. 2:

TABLA No. 2
NIVEL DE ESTRÉS EN DETERMINADAS PROFESIONES
(Casalnova y Di Martino, 1994)

PROFESIÓN	PUNTAJE (0 a 10)
Mineros	8.3
Policías	7.7
Trabajadores de la construcción	7.5
Pilotos de líneas aéreas	7.5
Periodistas	7.5
Dentistas	7.3
Médicos	6.8

CONTINUACIÓN DE LA TABLA No. 2

Enfermeros	6.5
Conductores de ambulancia	6.3
Músicos	6.3
Profesores	6.2
Directores de personal	6.0

Fuente: Alcalde, J. (2010), *Estrés Laboral: Informe técnico sobre estrés en el lugar de trabajo*, p.39.

Astudillo, W., Mendiñeta, A., y Astudillo, E. (1995), a partir de un enfoque sistémico, establecen factores de estrés desencadenados en los enfermeros de acuerdo a su labor realizada en el área de los cuidados paliativos:

1. *El contacto permanente con los pacientes que fallecen y sus familiares.*- afecta al profesional de la ayuda al presenciar dicho suceso o no, aumentando sus temores y miedos acerca de la muerte.
2. *La necesidad de establecer relaciones con nuevos pacientes que fallecerán a la vez que deben prepararse simultáneamente para cuando estas terminen.*- incluyen esperanzas o expectativas muy altas y no realistas sobre la cura, lo que conlleva a una percepción de fracaso personal ante la muerte de sus pacientes.
3. *El conflicto entre la Administración del hospital y el equipo de enfermería.*- malos entendidos y problemáticas que inciden en la atención que se brinda al paciente.
4. *El tiempo adicional que se necesita en el cuidado paliativo para conversar con los pacientes, discutir con los familiares y el apoyo del equipo.*- muchas veces el tiempo de atención es limitado y el deseo por seguir abarcando más temas inmersos en la conversación generan frustración y por ende, estrés.

1.1.6.1.1 Clasificación del Estrés Laboral

En cuanto al estrés laboral, se han planteado diversas clasificaciones, una de ellas es expuesta por el Dr. Oscar Slipak, en el año de 1996, perteneciente a la Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, quien establece dos tipos de estrés laboral en función de la duración y el alcance de las situaciones o factores estresantes:

A) Estrés laboral episódico

Este tipo de estrés es caracterizado por su corta duración y su esencia esporádica. Como ejemplo se tiene la baja de salario en el ámbito laboral, lo que ocasiona un notable aumento del nivel de estrés del empleado.

B) Estrés laboral crónico

Este tipo de estrés es el que se genera como la suma o evolución del estrés laboral episódico y/o la exposición permanente de diversos factores estresantes, el cual provoca una serie de consecuencias severas a mediano y largo plazo. Dentro de este tipo de estrés se encuentra el *Síndrome del Burnout*.

Además, el autor T. Camacho (2012) en su artículo “Estrés laboral”, expone una nueva clasificación en la cual plantea cuatro tipos distintos de estrés:

A) El Síndrome del Burnout

Síndrome denominado también como “Síndrome de estar quemado”, originado de forma predominante en profesionales de la salud, especialmente en médicos, personal de enfermería, asistentes sociales, docentes.

B) El mobbing o acoso psicológico

Estrés originado en quien o quienes reciben algún tipo de presión psicológica de forma sistemática excesiva por parte de una o varias personas con quienes permanece en el ámbito laboral, al menos una vez por semana por más de seis meses.

C) El síndrome de estrés postraumático (EPT) / Síndrome de estrés agudo

“Trastorno de una intensa ansiedad con una alta activación fisiológica (taquicardia, sudoración), caracterizado por pesadillas recurrentes en las que el suceso traumático vuelve a revivirse una y otra vez” (Camacho, 2012, párr.12). Este síndrome se genera en ciertas profesiones de acuerdo a sus funciones que convierte a sus miembros en agentes vulnerables para padecerlo, como por ejemplo: integrantes de cuerpos de bomberos, seguridad del Estado, equipos de experiencias traumáticas, etc.

D) El Karoshi

Término japonés que explica el fallecimiento de las personas, por un Accidente Cerebro Vascular (ACV) que incluye hemorragia/infarto cerebral o infarto de miocardio, debido a

excesiva carga de trabajo en medios con altos montos de exigencias laborales, tanto de la institución como del propio empleado.

1.2 Fatiga por Compasión

Toda interacción entre dos o más personas involucra un sin número de elementos característicos del lenguaje y generados de manera bidireccional entre emisor y receptor, como son por ejemplo las “emociones”, expresiones físicas que desembocan en los sentimientos. Se dice que “todas las emociones son contagiosas” (Rothschild, 2009, p.21), ya sea el humor, optimismo, tristeza, enfado, frustración, dado que se pueden transmitir por lo general, de forma involuntaria, mediante procesos cognitivos compartidos que comprende, por un lado comportamientos no verbales y psicológicos, como la empatía, la identificación proyectiva, transferencia y contratransferencia, y por el otro, procesos fisiológicos provenientes en primera instancia del cerebro y, que conducen a expresiones tanto físicas como psicológicas reflejadas en la otra persona como si se tratara de verse frente a un espejo. Uno de los ejemplos más comunes es el bostezar de forma instantánea al ver a alguien hacerlo, interpretándolo como un “contagio” espontáneo sin razón lógica.

En cuanto a dicho contagio emocional o *empatía somática* (Rothschild, 2009), numerosas investigaciones han comprobado que este tipo de proceso involuntario se debe a estructuras neurofisiológicas, corteza premotora y áreas de Brodmann, activadas por el Sistema Nervioso Central y posteriormente por el Sistema Nervioso Autónomo que, en conjunto con el lóbulo temporal, ganglios basales, sistema límbico, corteza prefrontal y circunvolución cingular anterior, encargados de procesar y regular las emociones, permiten el funcionamiento de las *neuronas espejo o reflejo* que son “células cerebrales que reflejan la actividad de las células cerebrales de otra persona” (Rothschild, 2009, p.57) y, representan el vínculo existente entre emisor y receptor. Gracias a este tipo de neuronas se obtiene como respuesta el mimetismo involuntario que incluye la imitación de expresiones faciales y posturales, que genera a su vez, la empatía con el estado físico y emocional de la otra persona.

El término *empatía* por lo general se lo asimila con la *simpatía*, siendo definido como “la acción de comprender, ser conscientes de, ser sensibles a y experimentar vicariamente los sentimientos, pensamientos y experiencia de otra persona, bien sea del pasado o del presente” (Merriam - Webster, 1996 citado en Rothschild, 2009, p.41). La empatía es una

herramienta clave en el establecimiento de las relaciones interpersonales, más aún en el ámbito terapéutico, establecido entre paciente-terapeuta, dado que permite entender la situación de la otra persona o, en otras palabras permite ser *compasivos*. No obstante, la empatía también genera consecuencias negativas o perjudiciales para la salud, en su mayor parte involuntarias, en el momento en que no se la controla o no es empleada dentro de los límites adecuados; provocando de esta manera un impacto emocional y somático, característico del agotamiento que se da al absorber o experimentar de forma vicaria el estado de malestar del otro; a esto se lo ha denominado *Fatiga por Compasión* o *Desgaste por empatía*.

El término *fatiga por compasión* es un término proveniente del *TEPT* (Trastorno por Estrés Postraumático), aplicado comúnmente a personas que han experimentado uno de muchos tipos de eventos traumáticos, siendo la persona “víctima” directa o no del suceso. Posteriormente del término *TEPT*, surgió el término *traumatización secundaria*, resultante del *estrés* o *trauma secundario*, en el cual la persona se posiciona como una segunda víctima al escuchar el relato de la víctima primaria o de quien ha sufrido directamente el trauma, como una forma de revivirlo indirectamente y, a su vez manifestar síntomas similares al *estrés* o *traumatización primaria*, el cual se manifiesta específicamente, conjunto con sus síntomas, en el “sufriente” o víctima, persona que ha sufrido el trauma de forma directa.

La *traumatización* o *victimización secundaria* comprende dos categorías, una concerniente a los miembros de la familia, su dinámica y relaciones que, ante algún evento traumático puedan verse afectadas, dado el estrecho vínculo entre sus miembros. Y la segunda categoría, a los terapeutas que brindan un espacio de escucha activa ante los sucesos incontenibles que llevan a consulta los pacientes y, por los cuales el terapeuta en algún momento llega a conmoverse o compadecerse, por lo general, sin ser consciente de ello.

Figley por su parte, denominó a la *fatiga por compasión* en primera instancia como una forma de *burnout* (Síndrome de estar quemado), el cual “describe a alguien con problemas de salud o cuya perspectiva de la vida se haya convertido en negativa a consecuencia del impacto o de la sobrecarga de su trabajo” (Rothschild, 2009, p.26).

A más de designarlo como un tipo de “*victimización secundaria*”, al ser una serie de conductas naturales, involuntarias, inesperadas, resultantes de la exposición indirecta o del enterarse de uno o varios eventos dolorosos y/o traumáticos experimentados por “otros”, otras personas significativas.

La fatiga por compasión, producto del estrés laboral, tiene como agentes de vulnerabilidad al personal sanitario, enfermeros, médicos, policías, bomberos, terapeutas, personal de rescate, etc., incluyendo cuidadores o voluntarios, cuya labor requiere de una serie de estrategias para enfrentarse a “situaciones altamente estresantes, emocionalmente demandantes y/o traumatizantes a nivel secundario (trabajo con pacientes terminales, con víctimas de violencia y/o abuso, con afectados por catástrofes, con personas en situaciones límite)” (Acinas, 2012, p.2). En base a la relación de ayuda terapéutica, de la empatía y del compromiso emocional que, de acuerdo a la función y especialidad, existe la exigencia de un costo en el profesional que conlleva a un deterioro en la salud integral de quien lo padece y, que tendrán influencia, por obvias razones, en las funciones laborales, sociales y familiares.

La *compasión*, otro de los elementos esenciales del desgaste por empatía, se define como un sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviarle el dolor o resolverle sus problemas; es una característica fundamental que, junto a la empatía, concierne la capacidad para realizar el trabajo con pacientes y, al mismo tiempo a la capacidad propia para ser afectados por la labor a realizar.

La fatiga por compasión surge ante la incapacidad de ser conscientes o mantener una consciencia activa sobre el contacto que se tiene con el paciente, debido a que “entender el sufrimiento ajeno no significa sentirlo” (Rothschild, 2009, 226). Por obvias razones, el padecimiento de dicho fenómeno va a depender de una variedad de condicionantes como el esquema cognitivo del profesional, su moral o percepción del contexto social e interpersonal, historia vital (traumas no resueltos), percepción del valor de quienes lo rodean y demás recursos sociales que fomentarán en mayor o menor grado su padecimiento. Así como también, la influencia del ambiente laboral y el lugar en el que el profesional se posiciona en la escucha relacional: identificación – distancia óptima, lo cual, en el caso de generarse una fuerte identificación, puede conllevarlo a situarse como receptor involuntario sin control alguno del contagio del dolor del otro.

Otra de las consecuencias generadas por el desgaste por empatía, según Acinas P. (2012), la fatiga por compasión en conjunto con el síndrome de burnout y otros factores conllevan al “síndrome de inadaptación”, el cual influye de forma negativa en el personal sanitario y, se caracteriza por una sintomatología corporal acentuada en el estrés, tensión y preocupación, evidenciados inmediata y fácilmente por quien lo padece y por quienes lo rodean.

Por otro lado, este fenómeno se relaciona con la desproporción entre el esfuerzo realizado y el resultado logrado por el profesional o el cuidador, ligado a factores individuales del mismo como las variables de personalidad: niveles altos de auto exigencia, altruismo e idealismo; lo cual conduce a sentimientos de culpabilidad, que reducen la autoestima y la “satisfacción laboral” (“gozo de trabajar ayudando a los demás”) (Acinas, 2012, p.10). Además, en cuanto a las variables de personalidad ligadas al desgaste por empatía, prevalecen “las personas con patrón de conducta tipo A (activas, competitivas, impacientes...) y con locus de control externo (atribuyen lo que les sucede a causas externas a sí mismos)” (Acinas, 2012, p.12).

En relación con el síndrome de burnout, la fatiga por compasión “es un estado de aparición abrupta y aguda, se la puede considerar más una manifestación que una patología y avisa imperativamente que es necesario realizar cambios importantes” (Thomas, 2005-06, párr.25). Al mismo tiempo, el síndrome de burnout afecta de forma negativa a la resiliencia del trabajador, haciéndolo más susceptible a la fatiga por compasión, a más de que favorece a la “respuesta silenciadora” definida como “la incapacidad para atender a las experiencias de los consultantes que resultan abrumadoras, redireccionando al cliente a material menos estresante para el profesional.” (Barabowsky, 1997; Danieli, 1984, citado en Acinas, 2012, p.9).

1.2.1 Síntomas

Para reconocer la incidencia del fenómeno de la fatiga por compasión o desgaste por empatía en el individuo, Diana Thomas (2005-06), Psicóloga Psicoterapeuta, establece tres grupos de síntomas psicológicos que, menciona son los mismos del Trastorno por estrés Post Traumático (TEPT):

1. Re-experimentación.- revivir, recordar con una gran carga emocional incluyendo pesadillas y flashbacks, los cuales en el caso del TEPT han sido considerados como los más frecuentes.
2. Evitación y embotamiento psíquico.- actitudes de distanciamiento persistente tanto físico como afectivo de las personas en referencia a los estímulos asociados al trauma: pensamientos, actividades, sentimientos, lugares, o personas que motivan recuerdos del trauma y síntomas de embotamiento emocional tales como reducción del interés o participación en actividades significativas, sensación de desapego, incapacidad para tener sentimientos de amor o expectativas catastróficas de futuro.

3. Hiper-activación (arousal).- estado de tensión y alerta permanente, reactividad, dificultad para dormir, irritabilidad.

Sin embargo, a diferencia de la fatiga por compasión, el cual no se ha incluido dentro de los trastornos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) ni DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2000), el TEPT es considerado como tal, según los criterios diagnósticos de ambos manuales diagnósticos y estadísticos de enfermedades mentales, al presentarse y prolongarse por más de un mes uno o más de los cinco síntomas de reexperimentación (criterio B), tres o más de los siete de evitación - embotamiento afectivo (criterio C) y dos o más de los cinco de hiperactivación (criterio D).

Así mismo, Patricia Acinas (2012), Psicóloga Máster en Psicooncología, añade un grupo de síntomas característicos a la fatiga por compasión que afectan directamente a quien lo padece con diversas manifestaciones:

TABLA No. 3
SÍNTOMAS DE LA FATIGA POR COMPASIÓN

SÍNTOMAS INTRUSIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pensamientos e imágenes asociadas con experiencias traumáticas del usuario/cliente (aprendizaje vicario). ○ Pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial.
SÍNTOMAS EVITATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evitación de la exposición a material traumático del usuario/cliente. ○ Pérdida de energía. ○ Evitación de salidas extra laborales con compañeros. ○ Automedicación secreta/adicciones.
SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN FISIOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incremento de la ansiedad. ○ Impulsividad, reactividad. ○ Aumento de la percepción de exigencias/amenazas. ○ Aumento de la frustración.

Fuente: Acinas, P. (2012), *Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos*, p.7.

1.2.2 Factores Desencadenantes

En cuanto a los desencadenantes o causantes de la fatiga por compasión, existen una serie de procesos que lo generan, entre ellos, dentro del ámbito terapéutico, está la *contratransferencia*, “que se produce en el analista como resultado de la influencia del

paciente sobre sus sentimientos inconscientes” (Rothschild, 2009, p.28), provenientes de su pasado; proceso por el cual el terapeuta puede llegar a reflejar una identificación con su paciente, poniéndolo en riesgo en caso de no saber controlarlo. La contratransferencia se puede identificar a partir de los pensamientos y emociones, a más de las sensaciones corporales, conductuales e imágenes mentales.

Además, se tiene la *identificación proyectiva* que supone “la proyección de partes del self sobre otra persona” (Rothschild, 2009, p.35), siendo un proceso interpersonal enraizado en la sintonización del afecto, base de la empatía. Este tipo de identificación explica los sentimientos y reacciones similares que se producen en el analista con respecto a su paciente; sin embargo, a diferencia de la contratransferencia, esta no se relaciona con el pasado del paciente ni del terapeuta.

Por otro lado, se encuentran las *estrategias de afrontamiento* cuyo estilo y estrategia que se elija según la circunstancia, crisis o hecho estresante, va a generar consecuencias positivas o negativas a futuro. Si se hace uso de estrategias desproporcionadas o inadecuadas en relación al estresor o influyen factores que imposibilitan una buena toma de decisión de estilo y/o estrategia, ocasionará respuestas que alteren en primera instancia la salud de la persona y, posteriormente el contexto en el que se encuentre la misma, generando personalidades vulnerables ante problemáticas a nivel general, como por ejemplo en las relaciones sociales o laborales.

De la misma manera, el proceso de *diferenciación del sí-mismo* que se va desarrollando durante el desarrollo del individuo, empezando desde la dinámica establecida en su familia de origen, ligado a los factores internos de personalidad propios a cada uno, van a determinar a futuro los distintos procesos que nos permiten evaluar las situaciones como estresantes en conjunto con la toma de estrategias de afrontamiento, establecidas anteriormente. Este proceso es indispensable en la vida de cada persona, debido a que permite definirse como único e independiente y, su proceso opuesto como es la *no diferenciación del sí-mismo* ligado a una alta empatía y por ende, a una cercanía con otro semejante va a desembocar en un alto grado de identificación con un otro semejante, lo que conllevaría al padecimiento de una serie de fenómenos negativos para quien no ha logrado establecerse como individuo distinto al resto. Dentro de estos fenómenos se encuentra la fatiga por compasión y el estrés, por medio de los cuales se llegaría a sentir lo que el otro siente, en vez de simplemente entenderlo o ser compasivo que sería lo razonable para evitar consecuencias nefastas a futuro que, mediante las

manifestaciones que estos generan, afectan a la salud integral de quien sobrelleva dichos fenómenos.

1.2.2.1 Estrategias de Afrontamiento

El estrés como respuesta normal ante estímulos o hechos cotidianos que generan alteraciones o desequilibrios físicos y psicológicos, viene a desencadenar diversas reacciones particulares en quien lo padece; sin embargo, ante un mismo suceso potencialmente estresante las personas pueden presentar reacciones o muy diversas o muy similares, todo depende de la percepción que cada persona asigne a dicho suceso y, el cual es valorado en dos pasos:

En primer lugar, existe una valoración primaria consistente en analizar si el hecho es positivo o no y, además, valorar las consecuencias presentes y/o futuras del mismo.

En segundo lugar, se produce una valoración secundaria en la que el objeto de análisis son las capacidades del organismo para afrontarlos y serán los que con más habilidad susciten reacciones de estrés. (Vásquez, Crespo y Ring, p.425).

El término “afrontamiento”, proveniente de la palabra *coping* en inglés, se refiere a los “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, según citado en Vera, 2004-05, párr.5), siendo un proceso integral cognitivo y conductual que va a depender de una serie de factores tanto internos como externos y, que intervienen como recursos o impedimentos para generar una respuesta final.

Por un lado están los *factores individuales o internos* como: la energía, motivación, estado de salud, tipo de personalidad, capacidad para la resolución de problemas en base a experiencias pasadas y creencias sobre el poder y control que se tiene para ejercer sobre el medio y sobre uno mismo. Y por otro lado, los *factores externos*: elementos tangibles, recursos materiales, apoyo social, que a su vez, pueden actuar como amortiguadores o influenciar directamente sobre la estrategia de afrontamiento a utilizar.

De acuerdo al afrontamiento, se han establecido estilos y estrategias referentes al mismo; los *estilos de afrontamiento* se definen como las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones estresantes y por medio de estas, lograr elegir en base a

preferencias individuales el uso de uno o varios tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Por el contrario, las *estrategias de afrontamiento* se refieren a los procesos concretos que se utilizan en cada contexto, siendo de carácter voluble dependiendo de las condiciones del contexto de la situación o hecho. El uso de ambos, estilos y estrategias de afrontamiento está determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce, a más de la influencia del medio o la cultura, mediante imposiciones y estereotipos sobre las maneras en que se debería reaccionar o afrontar cada suceso.

Lazarus y Folkman (1986) proponen dos tipos de estrategias de afrontamiento según el aspecto hacia el que se dirijan y, muchas de las veces la una tiene repercusión directa en la otra y viceversa:

1. *Estrategias de resolución de problemas*.- dirigidas a manejar o alterar el problema manifiesto.
2. *Estrategias de regulación emocional*.- métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Ligado a los tipos de afrontamiento, Lazarus y Folman (1986) plantean una “escala de modos de afrontamiento”, expuesta en la tabla No. 4, que evalúa aspectos cognitivos y conductuales que se activan con el fin de manejar la situación que genera estrés en la persona. Las dos primeras escalas están centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional y la última referente a ambas áreas:

TABLA No. 4
ESCALA DE MODOS DE AFRONTAMIENTO

MODO DE AFRONTAMIENTO	DESCRIPCIÓN
Confrontación	Intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas.
Panificación	Pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
Distanciamiento	Intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
Autocontrol	Esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

CONTINUACIÓN DE LA TABLA No. 4

Aceptación de responsabilidad	Reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimientos del problema.
Escape – evitación	Empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
Reevaluación positiva	Percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.
Búsqueda de apoyo social	Acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también compensación y apoyo emocional.

Fuente: Lázarus y Folkman (1986), citado en Vásquez, Crespo y Ring, *Estrategias de afrontamiento*. pp. 427-428.

Lázarus, citado en Vásquez, propone que la evaluación del tipo de afrontamiento que vaya a ser utilizado como estrategia debe cumplir con tres condiciones: a) debe referirse a un contexto específico, b) deben observarse los cambios temporales en diferentes ocasiones, y c) debe adoptarse un enfoque longitudinal para estudiar estos cambios.

1.2.2.2 La “Diferenciación del Sí-mismo”

El individuo desde antes de su nacimiento, es decir, desde su concepción, nace en el seno mismo del sistema familiar y de la pareja, en los cuales sobrevive mediante interacciones bidireccionales que influyen como una impronta sobre el niño. Dicho sistema familiar está estructurado por dos o más miembros con roles y funciones distintas otorgadas e influenciadas por el sistema social o cultural que se le anticipa, relacionando a todos sus miembros mediante vínculos familiares que se generan a través de una combinación de factores con el fin de desarrollar lazos de identidad del individuo, de la familia y la comunidad más amplia, como una cualidad humana de la experiencia de estar juntos.

La familia como sistema y unidad inherente al individuo cumple con una serie de funciones psicológicas como socializar al niño y fomentar el desarrollo de su identidad.

Se plantea que dicho desarrollo surge a partir de dos procesos que deben ser graduales para mantener la salud emocional del individuo:

Primero, el paso de una posición de dependencia y comodidad infantil a la autodirección del adulto y sus satisfacciones concomitantes; segundo, el paso de un lugar de importancia infantil, magnificada, omnipotente a una posición de menor importancia, esto es, de la dependencia a la independencia y desde el centro de la familia a la periferia. (Ackerman, 1982, p.42).

De esta forma, la individualidad o identidad individual de cada persona se va formando a lo largo de las etapas de desarrollo, iniciando por la unidad primaria madre-hijo, a partir de la cual surge la *diferencia*, sin desprenderse de la identidad familiar; es así que “para mantener una unión saludable entre madre e hijo es contingente una saludable separación del yo individual del niño” (Ackerman, 1982, p.42). Las relaciones entre la identidad individual y la identidad familiar se caracterizan por el interjuego de procesos de combinación y diferenciación alcanzada por cada individuo.

La teoría de los sistemas familiares plantea que todos los individuos tenemos un *sí-mismo* a penas diferenciado, es decir, todos estamos “indiferenciados”, o tenemos un apego emocional no resuelto con nuestra familia de origen. Esto depende del grado de diferenciación emocional con el resto de los miembros y el desapego de la relación simbiótica madre – hijo implantado en la infancia. El apego familiar conduce a una masa indiferenciada del Yo o también denominada “identidad emocional aglutinada”, en la cual se da una “incorporación del sí-mismo de uno al sí-mismo del otro” (Bowen, 1991, p.36), generándose un proceso de proyección familiar, por lo general, de forma involuntaria, en el que se transmiten características, conflictos, necesidades, como un ciclo de una serie de alianzas y rechazos (hostilidad) de un miembro a otro y, que se incrementa según la proximidad emocional intensa entre los mismos.

El sistema de relaciones se establece de manera interna, concerniente a la familia nuclear y de manera externa, referentes a la familia extensa, situación laboral, relaciones sociales, donde surgen circuitos emocionales fijados en una serie de “triangulaciones emocionales” que suelen promover una interdependencia que dificulta la diferenciación del Yo, provocando más bien una fusión del mismo y, que se transmite de generación en generación como un proceso de interdependencia multigeneracional.

Murray Bowen (1991) estableció una escala de diferenciación del sí-mismo de acuerdo a escalas entre 0–100 puntos con características específicas a cada puntaje, expuesto en la tabla No. 5, donde el puntaje de 100 corresponde a una “diferenciación total del sí-mismo”, equivalente a una madurez emocional completa y, en el otro extremo la puntuación de 0 correspondiente al nivel más bajo del “no sí-mismo” o el grado más alto de “no-diferenciación”.

TABLA No. 5
ESCALA DE DIFERENCIACIÓN DEL SÍ-MISMO

PUNTAJE	CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
0 – 25	Nivel profundo de “fusión del yo” y escasa diferenciación del “sí-mismo”	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incapaces de diferenciar el sistema “afectivo” del “intelectivo”. ✓ En las relaciones con los demás son incapaces de usar un “yo” diferenciado (yo soy – yo creo – yo no haré). ✓ Crecen como apéndices dependientes de la masa del yo familiar. ✓ Caen con facilidad en desequilibrios emocionales. ✓ Denominados “cuerpos muertos”.
25 – 50	Fusión del yo menos intensa y un “sí-mismo” poco definido	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Denominados personas “sensitivas”. ✓ Responden emocionalmente a la armonía o la discrepancia que los rodea. ✓ Las decisiones importantes de la vida se basan en lo que sienten como justo. ✓ Personalidades cambiantes que al carecer de opiniones y convicciones propias se adaptan con facilidad a la ideología predominante. ✓ Se valen de la autoridad exterior “la ciencia demuestra...”
50 – 75	Mayor grado de diferenciación y nivel mucho más bajo de fusión del yo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Opiniones bastante bien definidas con respecto a temas fundamentales. ✓ Más energía para las acciones que persiguen un objetivo y menos energía para conservar en equilibrio el sistema emocional. ✓ Inseguras ✓ Sometidas a tensión pueden desarrollar síntomas emocionales o físicos graves pero son intermitentes y de rápida solución.

CONTINUACIÓN DE LA TABLA No. 5

75 – 100	Persona “diferenciada”	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Siguen sus principios y logran los objetivos fijados por sí mismos. ✓ Desde la infancia se han ido diferenciando de sus padres en el proceso de desarrollo. ✓ Seguros de sus opiniones y convicciones. ✓ Seguros emocionalmente. ✓ Capaces de respetar al sí-mismo y la identidad de los demás.
-----------------	------------------------	---

Fuente: Tomado y modificado de Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*, pp.38-41.

La no diferenciación o indiferenciación del sí-mismo acarrea a una ausencia de identidad propia, en la cual el individuo imita o es semejante a uno o todos los miembros del sistema interno y/o externo sin intenciones de verse apartado y reconocerse como “uno” distinto al resto. Esto equivaldría a un alto nivel de empatía e identificación con otra persona significativa, lo que imposibilita su independencia y su capacidad de ser consciente de sus propios deseos, necesidades, sufrimientos, emociones y, que por obvias razones podría estar relacionado a dificultades durante todo su desarrollo como la toma de decisiones, llegando además a ser un agente de vulnerabilidad a los riesgos psicosociales como la fatiga por compasión.

CAPÍTULO II

FILOSOFÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

2.1 Definición de cuidados paliativos

El cuidado paliativo es el “estudio y tratamiento de pacientes aquejados de enfermedad activa, progresiva y muy avanzada, para quienes el pronóstico es limitado y el principal objetivo asistencial es la calidad de vida”. (OMS, 1999). Los cuidados paliativos contemplan una serie de directrices aplicables a nivel de especialistas conformados en equipos interdisciplinarios.

Las directrices se refieren a ocho áreas de cuidados: estructura y procesos; aspectos físicos; aspectos psicológicos y psiquiátricos; aspectos sociales; aspectos religiosos, espirituales y existenciales; aspectos culturales; muerte inminente, y, finalmente, aspectos éticos y legales. (Puchalski et al, 2011, p.56).

De los cuales el control del dolor y de otros síntomas, el cuidado de los problemas de orden psicológico, social y espiritual son los más importantes.

La personas en estado terminal se consideran a las “personas vivas a quienes les queda un periodo limitado de sobrevivencia, afectadas por enfermedad grave, que están perdiendo su autonomía, que luchan con la conciencia de su propia enfermedad y con la idea de la muerte inminente [...]” (Redaelli, 2012, p.74). Son personas afectadas por enfermedades tales como el cáncer, el SIDA, enfermedades de motoneurona, insuficiencia específica orgánica (renal, cardíaca, hepática); enfermedades registradas por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos como dolencias características que requieren de una terapéutica paliativa.

Los cuidados paliativos dirigidos a la persona en fase terminal se contemplan desde el momento del diagnóstico de una enfermedad crónica hasta el momento de su muerte; no obstante, a medida que la enfermedad avanza y el tratamiento ya no va teniendo los resultados esperados, los objetivos terapéuticos tienden a dirigirse más bien a la promoción del bienestar y confort del paciente conjunto a su familia.

Según la Guía de Cuidados Paliativos (1992), los fundamentos de la terapéutica dirigidos hacia pacientes en fase terminal son:

1. *Atención integral.*- se debe tener en cuenta todos los aspectos de la persona, su parte emocional, física, psicológica, social y espiritual; siendo una atención personalizada y progresiva.
2. *El enfermo y la familia son la unidad a tratar.*- la familia constituye una parte esencial en el proceso, dado que es el apoyo directo con el que cuenta la persona en fase terminal, teniendo así mismo un papel protagónico y de suma importancia en la atención domiciliaria. La familia amerita un proceso de formación en cuanto al conocimiento y manejo de la enfermedad, así como de ayuda a todos sus miembros que la conforman.
3. *La promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas.*- La persona que padece la enfermedad terminal es el principal protagonista durante todos los procesos, con quien se elaboran los objetivos terapéuticos.
4. *Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que lleve a superar el “no hay nada más que hacer”.*- cambio de concepciones negativas por actitudes de esperanza acorde a la realidad.
5. *Importancia del “ambiente”.*- dotar a la persona de un espacio basado en el respeto, confort, soporte y comunicación, favorecerá en el control y manejo de síntomas. Esto depende de la participación integral de los profesionales de la salud, familia y demás sistemas u organismos que estén trabajando en conjunto para asegurar una calidad de vida a la persona.

La terapéutica constituye ciertos elementos o instrumentos, fundamentados en conocimientos actuales de los Cuidados Paliativos, establecidos con el objetivo de favorecer la calidad de vida del paciente, y son los siguientes: el control de síntomas, en base a un adecuado diagnóstico, evaluación y tratamiento, a más de el apoyo emocional fundamentado en la honestidad entre el paciente, su familia y el equipo de trabajo, lo que favorecerá una comunicación veraz y una relación estable entre todos y, la disponibilidad de equipos interdisciplinarios formados que abarquen todos los aspectos y requerimientos de la persona acorde a las distintas etapas por las que debe cursar.

Además, se establecen principios generales de control de síntomas como:

- a) Evaluar antes de tratar acorde a la causa, intensidad, impacto físico, emocional y factores externos que influyan en la aparición de síntomas

- b) Explicar de manera comprensible sobre la enfermedad y proceso terapéutico a realizar hacia el paciente en conjunto con su familia.
- c) Aplicación de estrategias terapéuticas mixtas, de forma general acorde al estado de la enfermedad terminal y específica de acuerdo a cada síntoma y su respectivo tratamiento farmacológico o no farmacológico; a más del establecimiento del plazo para conseguir los objetivos planteados y una propuesta de prevención ante la aparición de nuevos síntomas.
- d) Monitorización de síntomas en base a la aplicación de instrumentos de medida estandarizados y esquemas de registro pertinentes, que servirán de apoyo para el diagnóstico y tratamiento a aplicar.
- e) Especial atención a detalles adicionales que vayan surgiendo durante el proceso terapéutico para mejorar el control de síntomas y disminuir efectos secundarios adversos a las estrategias terapéuticas aplicadas. En el estado emocional del paciente, en relación a su umbral de dolor, influirán las actitudes y conductas empáticas y afables por parte de todo el equipo interdisciplinario.

Por otra parte, se instituyen principios generales en relación al uso de analgésicos, entre los principales se tiene: dar total credibilidad al malestar del paciente sin intención de juzgarlo; una administración simple de analgésicos, iniciando con analgésicos de base: aspirina (periférico), codeína y morfina, con frecuencia mezclados con analgésicos centrales (opioides) y complementados con fármacos coadyuvantes: laxantes, antieméticos. Siendo este uso de analgésicos uno de los distintos aspectos a tratar de forma integral de acuerdo a las necesidades múltiples del paciente como parte de los “cuidados globales”, esencia de los Cuidados Paliativos; es por esto que, “el mejor psicofármaco es un buen equipo de Cuidados Paliativos” (Sociedad Española, 1992, p.10).

La administración de mayores dosis o analgésicos más fuertes se da en función del aumento de dolor, sin tener que utilizar habitualmente preparados compuestos de analgésicos, de forma oral y no intravenosa y, cuando amerite el caso, de preferencia se lo realice de forma subcutánea, lo que promueve a su vez a la autonomía del paciente y su calidad de vida; de la misma manera, el ingreso del paciente a clínicas u otras instituciones de salud, se lo debe hacer únicamente cuando lo amerite la situación crítica.

En cuanto a lo que respecta al “dolor”, aspecto inherente al estado terminal que afecta directamente a la calidad de vida de quien lo padece, se sabe que “de los enfermos con cáncer avanzado, el 60-80 % tienen dolor moderado a severo” (Sociedad Española,

1992, p.16) y, este va en aumento tanto en frecuencia como en intensidad, conforme la enfermedad progresa. Con respecto a lo planteado, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos establece una administración farmacológica para el control del dolor, acorde a una escalera de analgésicos, como se muestra en la Tabla No. 6, según su potencia progresivamente mayor, modificada acorde a la particularidad de cada paciente.

En primer lugar se le prescriben al paciente los analgésicos del primer escalón (aspirina). Si no mejora, se pasará a los analgésicos del segundo escalón (CODEINA o DIHIDRO-CODEINA), combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario. Si no mejora el paciente, se pasará a los opioides potentes (MORFINA), combinados con los del primer escalón (ASPIRINA), más algún coadyuvante necesario. (Sociedad Española, 1992, p.16).

TABLA No. 6
ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS

Tercer escalón			Opioides Potentes - Morfina +/- Coanalgésicos
Segundo escalón		Opioides Débiles - Codeína - Dihidrocodeína +/- Coanalgésicos	
Primer escalón	Analgésicos periféricos - Paracetamol - Aspirina (AAS) - Antiinflamatorios no esteroides AINES +/- Coanalgésicos		

Fuente: Tomado y modificado de Sociedad Española de Cuidados Paliativos, (1992), Guía de Cuidados Paliativos, p. 16.

Para prescribir dicha estrategia farmacológica, es importante tomar en cuenta las presentaciones de cada medicamento, la dosis que debe administrarse y si es o no

necesario subir al siguiente escalón de acuerdo al umbral de dolor que se presente en ese momento, contraindicaciones, efectos secundarios y reacciones, en base a un seguimiento continuo con cada paciente en particular. De igual manera, se debe conocer que “La morfina no tiene techo terapéutico – no existe dosis máxima” (Sociedad Española, 1992, p. 19); sin embargo, hay que tomar las consideraciones anteriormente mencionadas porque tampoco se puede desmedir en su prescripción.

2.2 Datos de la institución FECUPAL

La Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL), consta de un centro médico “San Camilo”, y un nuevo “Hospice” recientemente inaugurado. La Fundación FECUPAL desde sus inicios en el mes de octubre del 1997 ha emprendido el servicio integral en “Cuidados Paliativos”, generando un gran beneficio de trascendencia social. Actualmente éstos se han desarrollado gracias a la participación de nuevas especialidades que garantizan sus objetivos esenciales como fundación; es así que los Cuidados Paliativos en FECUPAL son el resultado del compromiso absoluto de equipo interdisciplinario que integra médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, sacerdotes y voluntarios.

El Centro médico “San Camilo” se encuentra conformado por un total de veinte y dos miembros que pertenecen al personal; sin embargo, no todos se dedican a la especialidad de cuidados paliativos. De este total se han establecido cinco equipos interdisciplinarios encargados de realizar las visitas domiciliarias a pacientes en estado terminal conjunto a sus familias a nivel nacional, establecidos de la siguiente manera (Véase tabla No. 7): tres grupos de cinco miembros y dos grupos de tres o cuatro miembros; a los cuales se suman personas externas, por lo general, aquellas que cumplen la función de trabajo social y voluntariado.

En cuanto a estructura, la fundación se encuentra dividida en diferentes áreas: área administrativa (recepción), enfermería, farmacia, laboratorio, servicios generales (limpieza) y el área médica (fisioterapia, psicología). Actualmente, la Directora Lcda. Lucía Maldonado y el Padre Alberto Redaelli se encuentran a cargo de FECUPAL.

FECUPAL cuenta con tres modalidades de atención:

Asistencia domiciliaria:

Servicio integral domiciliario a nivel nacional que brinda acompañamiento a la persona en etapa terminal en conjunto con su familia que lo acompaña, co terapia del dolor y del duelo, cuidados de enfermería, asistencia psicológica, intervención en crisis, y asistencia espiritual. Dichas asistencias constituyen un reto que tiene como finalidad brindar un sostén integral a cada uno de los pacientes conjunto a sus familias.

Clínica y centro médico “San Camilo”:

Atención integral a pacientes de toda edad y clase social que ofrece consultas externas en las áreas de medicina general, medicina alternativa, traumatología, enfermería y psicología.

Hospice:

Centro de acogida para personas con enfermedades terminales, generalmente para pacientes que han sido visitados a domicilio anteriormente por parte de los equipos interdisciplinarios y, que requieren un control más riguroso debido a su estado de salud. Este centro reemplaza al hospital común, el cual más bien brinda un espacio de confort al abarcar servicios integrales, con el fin de asemejarse al hogar de cada uno de los pacientes que ingresan, por lo que se permite visitas las 24 horas del día. No obstante, este servicio se lo otorga por un lapso máximo de tres meses, hasta el momento en que el paciente se encuentre más estable y esté listo para volver a su propio hogar conjunto a su familia.

2.2.1 Misión

La *Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos “FECUPAL”* es una entidad sin ánimo de lucro que se fundamenta en la ayuda solidaria de la comunidad y se propone brindar cuidado integral al enfermo en etapa terminal y a las familias en duelo; aliviar el sufrimiento físico y emocional de la persona enferma cuando curar ya es muy difícil; ofrecer orientación, asistencia psicológica y acompañamiento espiritual a las familias antes y después del fallecimiento del ser querido. (Redaelli, 2012, p.109).

2.2.2 Visión

Satisfacer de manera personalizada, humanizada y cálida, las necesidades físicas, emocionales y espirituales de los enfermos terminales y de sus familias, con opción preferencial por los pobres, para responder con una ayuda solidaria y competente a sus esperanzas de vida, bienestar y paz. (Redaelli, 2012, pp.111-112).

2.3 Trabajadores en cuidados paliativos

Los trabajadores en el área de cuidados paliativos, en FECUPAL, son organizados en *equipos interdisciplinarios* que se definen como “Especialistas en varias disciplinas trabajando juntos en un caso, tratando de unificar criterios” (FECUPAL, *sf.*), los cuales están conformados por varios miembros entre los que se encuentran: médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, sacerdotes y voluntarios, siendo uno de ellos el coordinador del equipo quien lidera y está a cargo de organizar las visitas del día que les corresponde. Los psicólogos y médicos practicantes son asignados a realizar visitas domiciliarias en la fundación en base a convenios directos con universidades como la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y la Universidad Central del Ecuador. Es importante añadir que, todos los miembros son capacitados por medio de charlas orientativas, a más de formaciones designadas especialmente al voluntariado. Los pasantes del área de psicología clínica rotan cada seis meses y los pasantes de medicina familiar rotan cada mes.

La fundación cuenta con un total de cinco equipos interdisciplinarios que realizan las visitas domiciliarias a nivel nacional, tres de cinco miembros y dos de tres o cuatro miembros, durante los días martes, miércoles y jueves por las mañanas a partir de las 8:00 am y los días martes y jueves por las tardes a partir de las 4:00 pm. El horario de visitas se constituye de acuerdo al número de pacientes establecidos por día, por lo que no existe un mínimo o máximo de horas llevadas a cabo por visita; no obstante, se estima aproximadamente un total de cuatro horas por día.

La organización logística de las visitas domiciliarias se realiza en función de llamadas provenientes del paciente y/o de algún familiar que amerite dicha atención; a partir de esto, al coordinador de cada equipo se le designa cierto número de pacientes de acuerdo al sector o ubicación geográfica en el cual le corresponda realizar las visitas, dando

prioridad al caso de el o los pacientes y sus familias que ameriten más urgencia por su gravedad y necesidades.

De esta manera, los equipos interdisciplinarios, de acuerdo a su función, se encuentran conformados de la siguiente manera:

TABLA No. 7
ORGANIZACIÓN DE EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS (FECUPAL)

	Hora	Martes	Miércoles	Jueves
<i>Mañana</i>	8:00 am	<ul style="list-style-type: none"> • Asistente espiritual • Enfermera • Pasante de Psicología Clínica • Pasante de Medicina familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistente espiritual • Licenciada en enfermería • Pasante de Psicología Clínica • Pasante Medicina Familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Voluntario • Enfermera • Pasantes Psicología Clínica • Pasante Medicina Familiar
<i>Tarde</i>	4:00 pm	<ul style="list-style-type: none"> • Doctora especialista en cuidados paliativos • Enfermera • Voluntaria • Pasante de Psicología Clínica 		Mismo equipo del día martes

Elaborado por Daniela Dávila en diciembre de 2014

Es necesario considerar que, estos equipos no son definidos, debido a que existe la flexibilidad de rotación, en especial de los pasantes de Psicología Clínica y de Medicina Familiar, lo que depende además de la disponibilidad de personas según su función y/o especialidad.

2.3.1 Función correspondiente a cada miembro del equipo interdisciplinario

La función designada a cada miembro del equipo interdisciplinario se establece acorde a la profesión y desempeño de los mismos, a más de basarse en el objetivo esencial de

FECUPAL como fundación, la cual consiste en dar calidad de vida al paciente y su familia sin algún deseo de acelerar o detener el proceso de morir. Esto fundamentado desde la teoría Rogeriana con una visión humanista que logra cumplir a su vez, el objetivo de brindar al paciente y a su familia un servicio integral que engloba el confort físico, confort espiritual, apoyo emocional y consejería; funciones que son planeadas de forma conjunta por todos los miembros de cada equipo interdisciplinario.

Según la AFAAR, miembro de la Federación Argentina de Asociaciones de Anestesia, Analgesia y Reanimación, en cuanto a la Norma de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos, la o las funciones generales de cada miembro destinadas a los cuidados paliativos son:

➤ *Funciones del Área Médica:*

- Establecer estrategias de transmisión de información y comunicación fluida con el paciente y la familia en cuanto al diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuticas.
- Aliviar el dolor acorde con el método de la escalera analgésica de la OMS.
- Proveer control de síntomas adicionales a la enfermedad principal: ej. emesis, síntomas digestivos, respiratorios, etc.
- Definir el tratamiento más adecuado a cada síntoma según las evidencias médicas.
- Evaluar, en forma permanente, la eficacia de los tratamientos indicados.

➤ *Funciones del Área de Enfermería:*

- Realizar un diagnóstico de enfermería, planificar acciones y evaluar los resultados de los tratamientos implementados de acuerdo a las necesidades que presente el paciente.
- Ejecutar técnicas de cuidados básicos de higiene y confort, alimentación, eliminación, locomoción y rehabilitación, estimulando la participación del paciente en el proceso de atención, el auto cuidado y favoreciendo su autoestima.
- Administrar medidas de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Instruir y supervisar a la familia y su entorno afectivo sobre aspectos del cuidado general del paciente y administración de tratamiento farmacológico.
- Prevenir complicaciones y situaciones de riesgo.

➤ *Funciones del Área Psicológica:*

- Indagar necesidades, conductas y recursos emocionales adaptativos o no adaptativos del paciente/familia/entorno significativo, considerando las distintas etapas evolutivas de la enfermedad del paciente.
- Estimular y preservar las funciones de autonomía y auto cuidado del paciente y familia, manteniendo la autoestima.
- Detectar dificultades en los roles, factores de riesgo y vulnerabilidad psicológicas de la unidad de tratamiento.
- Estimular procesos emocionales normales y esperados en estas circunstancias, deseos y temores ante la muerte, duelos normales en cada etapa de la enfermedad.
- Detectar malestares actuales o potenciales de comunicación entre paciente/familia/equipo tratante.
- Efectuar diagnóstico diferencial y de trastornos psíquicos presentes como ansiedad y depresión que dificulten la adaptación activa de la Unidad de Tratamiento a la situación de enfermedad.
- Propiciar el alivio de los aspectos psicológicos del dolor mediando y conteniendo las reacciones psicológicas ante la crisis por la que se encuentran pasando.
- Contener, prevenir y/o tratar a los familiares durante el proceso de duelo anticipado y posterior a la muerte.
- Diagnosticar trastornos psicológicos que requieran de interconsulta o derivación a otro nivel.

➤ *Funciones de Voluntariado:*

- Propiciar una adecuada comunicación entre el paciente y su familia, así como entre el paciente, su familia y el equipo tratante con el fin de unificar criterios y optimizar objetivos, a partir de la introducción en la primera visita domiciliaria acerca de la función integrada del equipo interdisciplinario como representante de la fundación y, a su vez, indagando qué es lo que requiere tanto el paciente como su familia que lo acompaña.
- Promover la adaptación individual y colectiva a la nueva situación, a fin de propiciar el auto cuidado del paciente conjunto al de su familia.

-Orientar hacia la resolución de temas prácticos y complicaciones que se puedan plantear aportando información, asesoramiento y contactos con los recursos idóneos.

-Contener a las familias durante el proceso de duelo y facilitar la resolución de los problemas sociales inherentes al mismo.

➤ *Funciones del Área de Asistencia Espiritual*

-Acompañamiento espiritual al paciente y a su familia, respetando sus creencias y filosofías que abarquen su religión.

-Escuchar sus inquietudes, miedos, sueños y dolores y proporcionar una oportunidad de *sanación*, distinta de la cura. La sanación se refiere a “la habilidad de una persona para encontrar solaz, consuelo, conexión, significado y propósito en medio del sufrimiento, la desazón y el dolor” (Puchalski et al, p.61).

-A través de una presencia compasiva y meditación, dotar de un sentido a aquel dolor “sin sentido” por el cual están atravesando.

2.3.2 Factores individuales

A más de la especialidad o profesión de cada uno de los miembros que integran el área de cuidados paliativos, van a influir una serie de factores individuales en la función que desempeña cada uno y como equipo, así como en la presencia de ciertos factores de riesgo como el estrés y la fatiga por compasión a los que están predispuestos por ser funciones vulnerables ante dicha labor.

Dentro de los factores individuales se tienen: variables de personalidad, niveles altos de auto exigencia, altruismo e idealismo, sentimientos de inadecuación de rol, género, edad, profesión o especialidad, años de experiencia en la labor o antigüedad en el cargo dentro del área de cuidados paliativos, tiempo de exposición en las visitas domiciliarias frente al paciente y/o su familia y disposición al realizar su función.

2.3.3 Factores institucionales

Además de los factores individuales concernientes a cada uno de los miembros que conforman los equipos interdisciplinarios, se tienen factores institucionales o administrativos impuestos por la institución FECUPAL como: la conformación de cada

uno de los equipos interdisciplinarios, la función de coordinador de cada equipo que es desempeñado por uno de sus miembros, las rotaciones temporales, sobre todo de los médicos y psicólogos pasantes y la función de elaborar los informes después de cada visita por cada uno de los pacientes visitados.

De la misma manera, se tienen acuerdos establecidos por todos o la mayoría de los miembros de los equipos interdisciplinarios como: planificación de funciones concernientes a cada especialidad o profesión, planificación de horarios según la localidad de los pacientes a visitar, tiempo de duración de cada día de visitas y de cada visita realizada según la gravedad del caso y el número de pacientes que se tenga, así como el tiempo de descansos necesarios después de cada visita domiciliaria y la función de informar a la familia o al propio paciente del diagnóstico, respetando siempre su deseo de conocer o no dicha información.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 Metodología

La investigación que se llevó a cabo fue de tipo exploratoria y correlacional, dado que partió de una propuesta totalmente innovadora, buscando comparar la incidencia de la Fatiga por Compasión y el Estrés en miembros de los equipos interdisciplinarios pertenecientes a FECUPAL, según su profesión – función y tiempo de permanencia junto a/ los pacientes en fase terminal, durante la labor de visitas domiciliarias a nivel nacional. Esta investigación se formuló con la iniciativa de generar un impacto en la institución en la cual se realizó dicho proceso.

Es importante señalar que, en primera instancia se solicitó el permiso para realizar dicha investigación a la Directora de la Fundación, Lcda. Lucía Maldonado (Véase Anexo 1), que con su respectiva aprobación y consentimiento (Véase Anexo 2) se procedió a solicitar a los participantes que firmasen un consentimiento informado (Véase Anexo 3), en el cual se señaló el objetivo del estudio, las herramientas a ser aplicadas y la explicación de su participación e implicación en el mismo.

Para esto se hizo uso de técnicas primarias con el fin de obtener información acerca de la/las funciones que cumple cada uno de los miembros de los equipos interdisciplinarios, tanto de forma individual como grupal, ligado a factores individuales e institucionales que influyen directamente en la incidencia de los fenómenos a investigar; así como el impacto que generan todos estos factores en cada uno de los miembros de los equipos, estableciendo diferencias entre los mismos en base a métodos de investigación analíticos y sintéticos.

Es así que, se realizó personalmente una entrevista semi estructurada (Véase Anexo 4) de doce preguntas y la aplicación de dos pruebas: “Escala sobre la calidad de vida profesional CVPro IV” (Professional Quality of Life ProQOL – vIV) (Véase Anexo 5) y el “Perfil de Estrés de Nowack” (Véase Anexo 6) a once personas del total de miembros que conforman los equipos interdisciplinarios que realizan visitas domiciliarias a pacientes en fase terminal.

3.2 Población de estudio

Se trabajó con once del total de miembros correspondientes a los cinco equipos interdisciplinarios pertenecientes a FECUPAL, conformados por: médicos, enfermeras, psicólogos, religiosos (asistentes espirituales) y voluntarios, incluyendo practicantes eventuales y profesionales permanentes indistintamente asignados, debido a que algunos de ellos, asisten a visitas dos veces por semana; no obstante, en cada equipo se trata de cubrir todas las especialidades para lograr un servicio integral.

Debido a que a varios de los miembros que conforman los equipos interdisciplinarios no les fue posible colaborar con esta investigación, se trabajó con quienes sí les fue factible, cubriendo con la base de miembros requeridos por profesión – función para conseguir los resultados esperados; quienes además se encontraban realizando sus respectivas funciones durante las visitas domiciliarias en el año 2014.

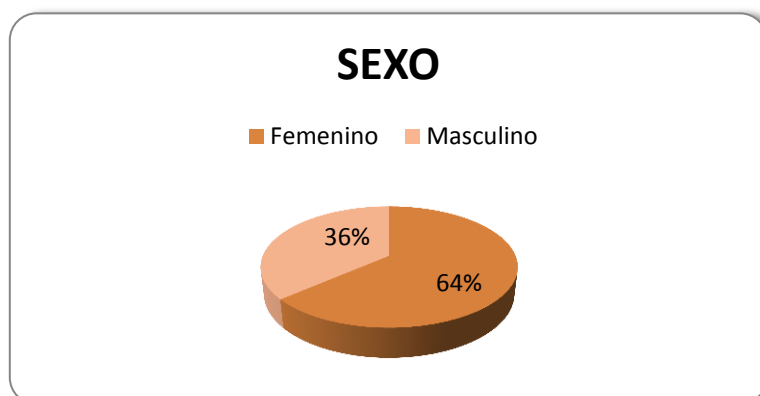
A cada participante se le ha asignado un literal de la A a la K para mantener la confidencialidad obligatoria de la investigación, previamente detallada en el consentimiento informado.

3.2.1 Caracterización

3.2.1.1 Sexo

Del total de once participantes correspondientes a los miembros de los equipos interdisciplinarios que realizan visitas domiciliarias, el 64% (7 participantes) son mujeres y la diferencia son hombres (4 participantes).

GRÁFICO No. 1

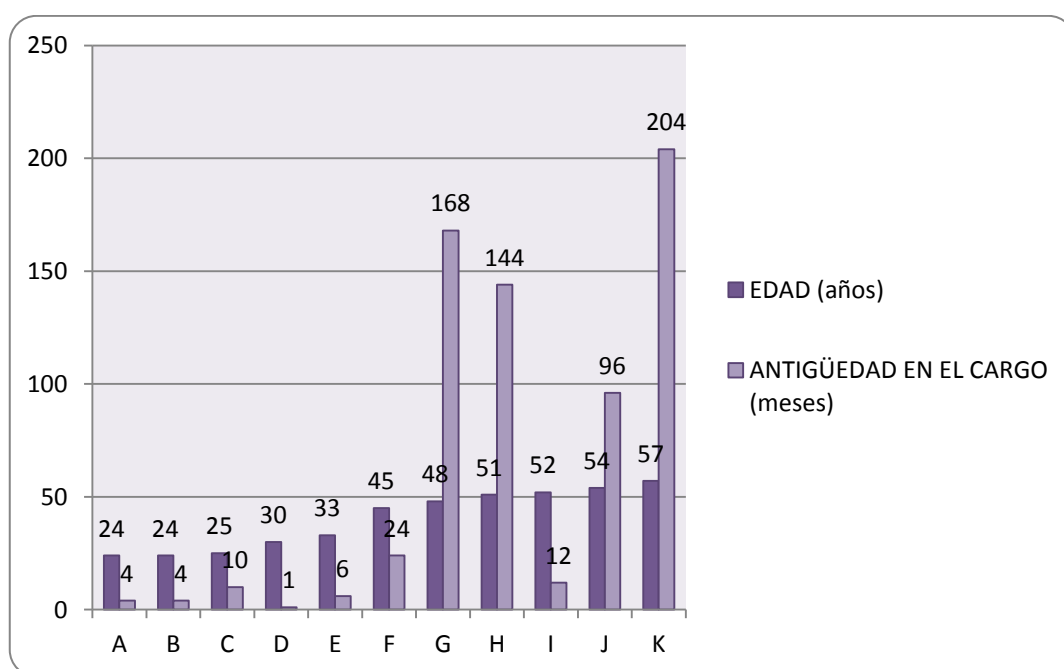


Elaborado por Daniela Dávila en enero de 2015

3.2.1.2 Edad y Antigüedad en el cargo

La edad de los once participantes está representada en años y su antigüedad en el cargo, referente a la labor de las visitas domiciliarias, está representada en meses. En cuanto a la antigüedad en el cargo o el tiempo que cada participante lleva siendo parte de los equipos interdisciplinarios, existe una gran dispersión como se demuestra en el Gráfico No. 2, debido a cuestiones de períodos específicos que se deben cumplir dentro de FECUPAL; esto sucede en casos de las pasantías mantenidas por convenios con universidades, especialmente en las áreas de Psicología y Medicina Familiar. Lo que sucede a la inversa en casos de personas que son parte del personal que ha venido trabajando de forma permanente en la fundación o, que han decidido colaborar voluntariamente dentro de la misma por un largo período de tiempo.

GRÁFICO No. 2

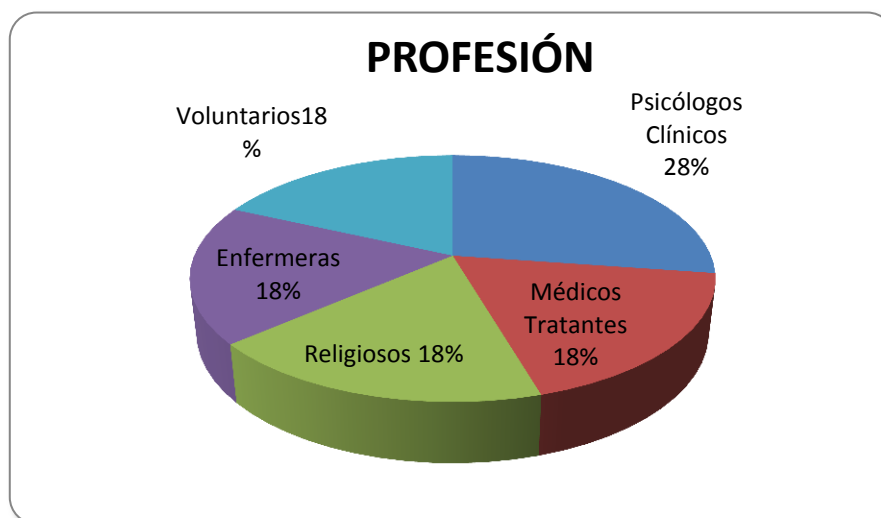


Elaborado por Daniela Dávila en enero de 2015

3.2.1.3 Profesión - Función

El mayor porcentaje de participantes según su profesión, corresponde a Psicólogos Clínicos con el 28%, (3 de un total de 11 participantes) y al 18% a cada una de las demás profesiones (2 participantes por profesión).

GRÁFICO No. 3



Elaborado por Daniela Dávila en enero de 2015

La/las funciones desempeñadas durante las visitas domiciliarias, por cada uno de los participantes, miembros a los equipos interdisciplinarios, son designadas según su profesión, a más de ser otorgadas, en el caso de la coordinación del equipo (participantes G y K), como factor institucional de acuerdo con la experiencia y el tiempo de permanencia en la fundación. Además, existen casos de una segunda especialidad (participantes E y F), que conlleva al cumplimiento de funciones adicionales a la profesión principal desempeñada en FECUPAL.

TABLA No. 8
FUNCIONES DESEMPEÑADAS POR LOS MIEMBROS DE LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS (FECUPAL)

PARTICIPANTES	PROFESIÓN	FUNCIÓN
A	Psicólogo Clínico	✓ Acompañamiento Psicológico ✓ Intervención en Crisis
B	Psicólogo Clínico	✓ Acompañamiento Psicológico ✓ Intervención en Crisis

CONTINUACIÓN DE LA TABLA No. 8

C	Psicólogo Clínico	✓ Acompañamiento Psicológico ✓ Intervención en Crisis
D	Médico Tratante	✓ Tratamiento Médico
E	Religioso	✓ Asistencia espiritual ✓ Acompañamiento psicológico ✓ Consejería
F	Enfermera	✓ Enfermería ✓ Asistencia espiritual
G	Médico Tratante	✓ Tratamiento Médico ✓ Coordinación del equipo
H	Enfermera	✓ Enfermería
I	Religioso	✓ Acompañamiento Espiritual
J	Voluntario	✓ Acompañamiento ✓ Consejería
K	Voluntario	✓ Acompañamiento ✓ Consejería ✓ Coordinación del equipo

Elaborado por Daniela Dávila en enero de 2015

3.3 Presentación de resultados

3.3.1 Entrevistas

Las entrevistas semi estructuradas sirvieron como complemento a los tests utilizados para medir los factores de estrés y fatiga por compasión, a más de que a través de dichas entrevistas se logró profundizar en la percepción individual de cada participante sobre la incidencia de los factores mencionados, siendo ambas consecuencias negativas ante la labor de las visitas domiciliarias realizadas hacia pacientes en fase terminal conjunto a sus familias, así como de los factores individuales e institucionales que influyen en el desencadenamiento de los mismos. Para el análisis de esta herramienta se utilizará el código que se ha asignado a cada participante en el orden que se ha establecido acorde a su edad cronológica. (Véase Anexo 7).

El grupo de *Psicólogos Clínicos* (participantes A, B, C) definen la labor de las visitas domiciliarias como una acción benéfica y única dentro del país, innovada por FECUPAL y llevadas a cabo por parte de los equipos interdisciplinarios pertenecientes a dicha Fundación, la cual cumple con el objetivo de un servicio integral, al englobar todas las funciones y especialidades necesarias que requieren el/los pacientes y sus familias. Las primeras visitas realizadas como parte de los miembros de los equipos interdisciplinarios, las definen como “impactantes” al tener que enfrentarse cara a cara con la muerte, ver el sufrimiento de quien padece y de sus familias. A las posteriores visitas las definen como mucho más llevaderas porque ya se van adaptando, en las cuales el rol de Psicólogo es indispensable y muy respetado por el resto del equipo y, la mayor satisfacción obtenida es la de apreciar un cambio o una mejoría en el paciente y/o su familia que lo acompaña en el proceso de duelo.

Afirman no haber padecido de estrés, según su percepción, debido a que su formación como Psicólogos los prepara para establecer límites y distanciamiento frente a pacientes, a más de su tipo de personalidad que favorece el afrontamiento a situaciones estresantes y manejo de las mismas. No obstante, expresan sensaciones de agotamiento, de disminución de la energía, por lo general excesivo, debido a un alto grado de identificación de los pacientes con su vida propia, número de visitas diarias, manejo inadecuado del tiempo y de la estructura como equipo, manifestando sensaciones como ira, dolor de estómago, re-experimentación de las visitas durante sueños. Refieren establecer empatía con los pacientes y sus familias en un grado de 8 a 9, debido a que este es un factor esencial en la relación terapéutica que refleja la confianza que el paciente y su familia depositan en los profesionales.

Los psicólogos participantes expresan que sí se consideran entes vulnerables a padecer de estrés y la fatiga por compasión como fenómenos negativos ante la labor que realizan durante las visitas domiciliarias dentro del área de cuidados paliativos, debido a que son seres humanos que se enfrentan a una realidad diferente y desafiante, más no por motivos de su profesión, debido a su preparación previa inherente a su carrera, a pesar de que, por el hecho de estar más expuestos al mundo interno de los pacientes, puede ser que se sientan más sobrecargados que los otros miembros de los equipos; a lo que opinan más bien que los Religiosos son los más afectados debido a que, según su percepción, ellos siempre están trabajando para los demás, sin tomar en cuenta sus necesidades personales.

Con respecto a las estrategias para manejar el estrés y/o agotamiento, de forma individual se dedican a hacer ejercicios, compartir con su familia, amigos, mantener los límites terapéuticos y, de forma grupal se realizan pequeñas salidas entre visitas, la mayoría de veces, y en especial, el poder hablar abiertamente sobre las visitas realizadas en ese momento.

El grupo de *Médicos Tratantes* (participantes D, G) definen la labor de las visitas domiciliarias como la mejor alternativa para pacientes en fase terminal, al ser un apoyo y un soporte para el paciente y su familia, a más de ser un aprendizaje y enriquecimiento personal. En las primeras visitas refieren que manifestaron sentimientos de impotencia, de un grado alto de tensión y frustración al presenciar la muerte de algún paciente, lo que conllevó a pensar en su humanidad comprometiendo mucho su estado emocional y mental; las posteriores visitas se va dando un sentido a lo que se hace, aceptando los límites inherentes a las visitas y el trabajo que se puede llevar a cabo. Las visitas que presentan mayor dificultad son aquellas visitas en las cuales el paciente acaba de fallecer, el presenciarlo directamente y manejar el proceso de duelo; mientras que las visitas realizadas con menor dificultad son las que se realiza hacia pacientes que, aparentemente, no están en un nivel tan avanzado de su enfermedad, “aquel con el que se puede conversar”.

Expresan haberse sentido muy estresados ante el dolor del paciente y la frustración de no poder aliviarlo como médicos, a pesar de toda la medicación suministrada; a más de sentir estrés como consecuencia de sentirse responsable, presionado ante la toma de decisiones e identificado con los casos de los pacientes. A esto, expresan manifestaciones físicas: disminución del sueño, contractura muscular en el cuello, dolor de cabeza tensional y manifestaciones psicológicas como: sentimientos de agotamiento y cansancio acumulado. Dicen establecer empatía con los pacientes y sus familias en un grado de 7 8, especialmente con ciertos pacientes con quienes tienen afinidad.

Se consideran vulnerables a padecer los fenómenos del estrés y la fatiga por compasión, incluso el burnout, al permanecer en contacto constante con el sufrimiento humano, por lo que, expresan que todos llegan a padecer en algún momento períodos de estrés, siendo más proclive el profesional nuevo que se integra a esta labor. Y, con respecto a las estrategias para manejar el estrés y/o agotamiento, de forma individual se dedican a: estar acompañados de sus personas queridas, familia y a realizar distintos ejercicios y deportes y, de forma grupal: salidas entre visitas, momentos para compartir y hablar sobre las visitas realizadas.

El grupo de *Religiosos* (participantes E, I) definen la labor de las visitas domiciliarias como significativas, formidables y únicas. Las primeras visitas provocaron bastante dolor e impotencia al escuchar situaciones sin solución y, solamente expresar consuelo al paciente y a su familia; las posteriores visitas, mediante el acompañamiento, se va aplicando la ideología de la fundación: el promover una calidad de vida hasta el final.

Afirman no haber sentido estrés porque como sacerdotes están preparados para proporcionar los santos óleos, a más de haber laborado en visitas hospitalarias por 20 años y, más bien expresan sentimientos de duda e incertidumbre, de desconsuelo e indignación al percibir una tendencia a la marginación hacia el paciente en fase terminal por parte de la cultura en general. Opinan que cansancio sí han sentido debido a que esta labor es desgastante emocionalmente; sin embargo, se han sentido agotados más por el clima o factores externos que por los pacientes en sí. Dicen establecer empatía en un grado de 8,5 con los pacientes y, con ciertos pacientes, hasta un grado de 10, así como cuando posteriormente realizan visitas con un fin espiritual, en las cuales se realiza un acompañamiento no sólo al paciente, sino también a la familia.

Expresan que todos los miembros de los equipos interdisciplinarios se afectan de una u otra manera y esto no depende de su profesión sino de la formación; a pesar de que en su profesión se encuentran expuestos a una serie de enfermedades, sus votos y contextos religiosos, permiten el establecimiento de límites sin involucrarse con el paciente y su sufrimiento. Sin embargo, opinan por su propia experiencia que, en ocasiones el médico es quien resulta más afectado y que los Psicólogos logran manejar de mejor forma el estrés. Y, con respecto a las estrategias para manejar el estrés y/o agotamiento, de forma individual se dedican a: distraerse luego de las visitas leyendo, compartiendo juegos con los hermanos de su comunidad religiosa, viendo la televisión o conversando. La charla post visita con todo el equipo interdisciplinario es percibida como muy importante para dialogar, reír o distender las tensiones.

El grupo de *Enfermeras* (participantes F, H) definen la labor de las visitas domiciliarias como una labor que aporta mucho a los pacientes, especialmente si se hace contacto a tiempo porque se puede acompañar al paciente conjunto a su familia en todo el proceso de muerte. Las primeras visitas realizadas fueron de asombro, momentos muy duros que, al comparar con experiencias personales sin saber qué hacer, generaron una serie de sentimientos como la impotencia frente al paciente y su familia, rabia, ira, malestar general; posteriormente las visitas conllevan a una adquisición mayor de experiencia y a

una postura de apertura en cuanto a la producción más amplia de alternativas como equipo.

El estrés se genera ante el aumento de pacientes, que es limitado por el tiempo programado para las visitas diarias, lo que genera a su vez, agotamiento o cansancio, reflejo directo de sentimientos de identificación, por ejemplo en cuanto a la pérdida de la figura materna y fraternal; lo que se manifiesta en agotamiento físico, cefaleas, aumento de sueño, apetito excesivo (ansiedad) y dentro de lo psicológico ha existido estrés ligado a ira, rabia y malestar, como sinónimo de alerta ante el apareamiento del síndrome de burnout. Expresan establecer empatía con los pacientes y sus familiares durante la labor de las visitas en un grado de 5 a 9, va aumentando conforme se los vaya conociendo y relacionando.

La función de enfermera es vulnerable para afectarse ante esta labor, debido a que se involucran frente al sufrimiento; no obstante, dicen según su experiencia que, la persona nueva que se integra al equipo y a la labor, resulta ser la más afectada porque se apodera de un paciente, esto, sin depender de su profesión. Además, opinan que también el médico es el más afectado debido a que es el ente principal, el cual tiene que referirse tanto al pronóstico del paciente y a la prescripción del insumo de medicamentos que está recibiendo, siendo actividades extras a la que se realizan normalmente. Ante estas afecciones propias de la labor, tienen estrategias individuales como: tejer, ver televisión, cocinar, expresar su preocupación con personas cercanas acerca de lo que está sucediendo en ese momento y, también la preocupación por el trabajo que realizan, leer acerca de la enfermedad para tener bases, fundamentos y estar actualizados sobre la misma.

El grupo de *Voluntarios* (participantes J, K) definen la labor de las visitas domiciliarias como muy duras, a pesar de ser capacitados con una serie de cursos sobre los Cuidados Paliativos y acerca del Síndrome de Burnout, a más de considerarla una labor de mucha solidaridad. Durante las primeras visitas se opta por creer que se es omnipotente, dotados del poder de solucionar el malestar que presenta el paciente, debido a una falta de experiencia; se tiende a asociar a familiares, si es una persona mayor se asocia con un padre, si son jóvenes o adultos a los hermanos, pero los casos que han provocado mayor dificultad son los niños y adolescentes, al identificarlos con nietos; mientras que en las posteriores visitas, se va adquiriendo experiencia y habituación.

Afirman haber sentido estrés y agotamiento durante la visitas ante el limitante de tiempo, por el cual muchas veces no se alcanza a realizar todas las visitas planteadas, además

de contraer dicho fenómeno, al experimentar una falta de apoyo y solidaridad por parte de los compañeros de trabajo, lo que conlleva a pensar que nada tiene sentido; sin embargo, a través de cursos, se logra comprender que no sólo es cuestión de ayuda sino de vocación, es una opción de vida. Las manifestaciones presentadas han sido: dolores de cabeza, estómago, asociación con muchas enfermedades, hipocondría, etc.

La empatía se establece respetando las creencias y deseos propios del paciente y de su familia y, en cuanto a la vulnerabilidad, opinan que en esta labor existe mucho contacto humano y todo contacto humano en sí, ya es estresante. Desde su punto de vista, por una parte, es evidente un desgaste en el área médica cuando se tiene un número muy alto de pacientes a la semana, así como también en el área de Psicología y en la parte espiritual, pero por otra parte, el área médica podría resultar la menos afectada debido al conocimiento a profundidad sobre la enfermedad que padece el paciente. Ante esto, las estrategias grupales que se han tomado han sido: los anti estrés o “anti burnout”, salidas sociales y, a nivel individual se opta por varios hobbies, por ejercitar y por la compañía de la familia que es su apoyo.

3.3.2 Escala Sobre la Calidad de Vida Profesional CVPro IV (Professional Quality of Life ProQOL – vIV)

La “Escala Sobre la Calidad de Vida Profesional” aportó en la obtención de puntajes referentes al factor de *Fatiga por Compasión*, relacionado directamente a los factores de Satisfacción de Compasión y el Síndrome de Burnout. Esta herramienta consta de 30 preguntas acerca de las experiencias tanto positivas como negativas generadas como profesional de la urgencia médica y al estar en contacto directo con la vida de las personas a quienes se ayuda. Cada uno de los factores reflejados en esta escala está determinado por una puntuación media y se valida de acuerdo al índice obtenido de alrededor del 25% de personas que presentan puntuaciones superiores o inferiores a la media. En la escala de Satisfacción de Compasión la media se establece entre 33 - 42, en la escala de Síndrome de Burnout entre 18 – 27 y en la escala de Fatiga por Compasión entre 8 – 17.

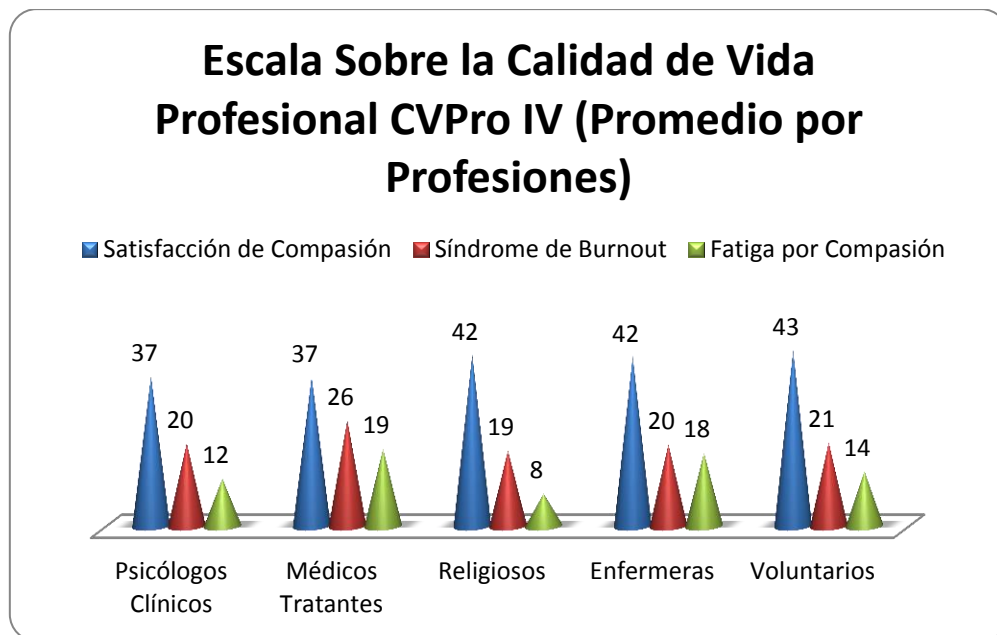
En base a los puntajes individuales de cada uno de los participantes, agrupados según su profesión (Véase Anexo 8), se ha establecido una interpretación global en base a los promedios establecidos por cada una de las distintas profesiones que integran los equipos interdisciplinarios respecto a las tres escalas manifestadas.

En cuanto a la escala “Satisfacción de Compasión”, el grupo de Voluntarios presenta la mayor puntuación, ubicándose por encima de la media; índice similar al grupo de Religiosos y Enfermeras cuyos puntajes que se ubican en el límite superior de la media, lo que refleja un alto grado de sentimientos de agrado y placer en relación a los compañeros de trabajo y/o de su capacidad de contribuir en él; le siguen el grupo de Psicólogos Clínicos y de Médicos Tratantes, cuyos puntajes se ubican dentro de la media, reflejando sentimientos de estabilidad en su desempeño laboral.

Con respecto a la escala “Síndrome de Burnout”, en promedio general de acuerdo a cada una de las profesiones, no se presenta una incidencia alta, sinónimo de amenaza laboral. El grupo de Médicos Tratantes obtiene la mayor puntuación, ubicándose dentro de la media establecida, al igual que los puntajes del grupo de Voluntarios, seguido de los grupos de Psicólogos Clínicos y Enfermeras, así como el grupo de Religiosos, quienes reflejan el menor puntaje.

En la escala de “Fatiga por Compasión”, el grupo de Médicos Tratantes obtiene el mayor valor, ubicándose por encima de la media, al igual que el grupo de Enfermeras, lo que demuestra un alto grado de agotamiento, sentimientos de identificación con el/los pacientes, re experimentación, etc. como costo de su dedicación y entrega a su labor; le siguen los grupos de Voluntarios y Psicólogos Clínicos, cuyos porcentajes se ubican dentro de la media, reflejando la presencia de un desgaste normal sin ser motivo de alerta y, por último el grupo de Religiosos que obtiene el menor puntaje, ubicándose en el límite inferior de la media, lo que expresa estabilidad sin incidencia alguna de aspectos amenazantes en su labor.

GRÁFICO No. 4



Elaborado por Daniela Dávila en enero de 2015

3.3.3 Perfil de Estrés de Nowack

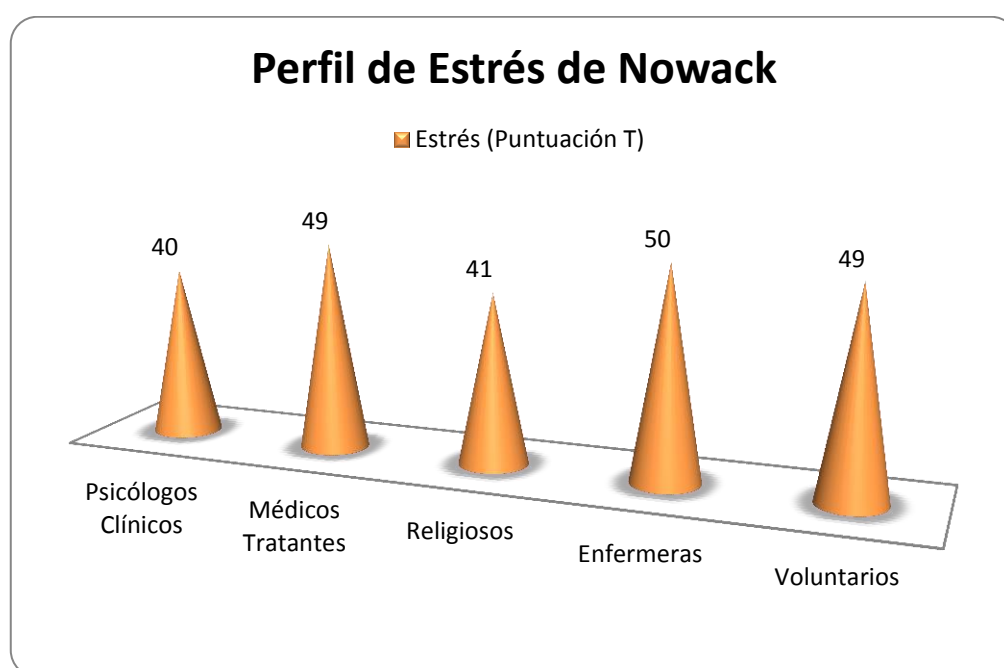
El Perfil de Estrés de Nowack permitió obtener índices de estrés, escala identificada como alerta de riesgo para la salud, manifestados en cada uno de los participantes, en función de una serie de preguntas que evalúan diferentes factores que contribuyen a la salud física y al bienestar psicológico; preguntas específicas sobre el estilo de vida, hábitos de salud, nivel de estrés, perspectiva de la vida, entorno social y estilo de afrontamiento ante las dificultades de la vida cotidiana en relación directa con el desempeño laboral, en este caso, realizado durante las visitas domiciliarias hacia pacientes en fase terminal.

Las puntuaciones de todas las escalas presentes se muestran en puntuaciones estandarizadas en la forma de puntuaciones *T* del Perfil, cuya media es de 50 y su desviación estándar es de 10; las puntuaciones de *T* 40 a *T* 59 se consideran dentro del promedio, las puntuaciones de *T* 60 y superiores se consideran elevadas, mientras que las de *T* 39 e inferiores se consideran bajas.

De acuerdo a estos parámetros, en promedio de acuerdo a cada una de las profesiones existentes en los equipos interdisciplinarios, se establecen puntuaciones relativamente similares que se ubican dentro de la media. El grupo de Enfermeras obtiene el mayor

puntaje, seguido de los grupos de Médicos Tratantes y Voluntarios, lo que refleja un nivel normal de estrés percibido en el trabajo y en la vida durante el período determinado de la prueba aplicada. Y, por último se encuentran los grupos de Religiosos y Psicólogos Clínicos con el menor puntaje, ubicándose en el límite inferior de la media, lo que quiere decir que existe una presencia reducida de estrés percibido aún con la exposición a estresores cotidianos.

GRÁFICO No. 5



Elaborado por Daniela Dávila en enero de 2015

3.4 Análisis de resultados

Las herramientas utilizadas en la disertación se comprobaron útiles y pertinentes para cumplir con el objetivo de comparar la incidencia de la fatiga por compasión y estrés en los equipos interdisciplinarios de acuerdo a la función que cada miembro realiza en las visitas domiciliarias en FECUPAL y, verificar la hipótesis de investigación de que ambos fenómenos, el estrés y la fatiga por compasión, afectan en mayor medida a los miembros de dichos equipos que permanecen más tiempo en contacto con el paciente en estado terminal. Todo el proceso de investigación realizado arrojó diferentes resultados, en cuanto a las percepciones e incidencias acorde a cada profesión/función: psicólogos

clínicos, médicos tratantes, religiosos, enfermeras y voluntarios, debido a una serie de factores individuales como institucionales, siendo el tiempo de permanencia o de antigüedad en el cargo, el factor que más influyó en los resultados en todas las herramientas aplicadas.

En cuanto a la incidencia de Estrés, siendo este una respuesta natural universal de toda persona ante estresores o desencadenantes, internos y externos, que generan un desequilibrio y alteraciones a nivel fisiológico, psicológico y social, según los resultados obtenidos, en promedio en general, se percibe una incidencia normal de estrés generado durante la labor de las visitas domiciliarias. Se podría caracterizar a este tipo de estrés como un estrés laboral agudo, el cual es la forma más común de estrés, dado que puede manifestarse en la vida de toda persona, siendo tratable y manejable sin provocar mayor afección en la cotidianeidad, afectando a personas de todas las profesiones, edades, sin discriminar su sexo, nacionalidad, antecedentes educativos o rol, como bien lo exponen William y Cooper (2004). En este caso, durante la investigación realizada, esto se hace referencia a la experiencia obtenida durante la labor de las visitas domiciliarias y más en concreto, durante el contacto mantenido con el paciente en estado terminal, en cuanto a los sentimientos y pensamientos que se generan en las mismas y, que son expresados por los miembros de los equipos interdisciplinarios, coincidiendo con lo expuesto por los autores anteriormente mencionados.

De acuerdo a las profesiones y funciones, como lo describe Alcalde (2010), la naturaleza de cada una de estas exige mayor o menor cantidad de recursos a quienes las desempeñan, independientemente de sus diferencias individuales, a más de establecer que los médicos y enfermeros a comparación de otros profesionales, profesiones inherentes a la investigación actual, alcanzan un grado alto de estrés (Véase Tabla No. 2). Todos los miembros de los equipos interdisciplinarios, agrupados por profesiones – funciones, laboran dentro del área de cuidados paliativos, mantienen contacto directo con pacientes en estado terminal, conjunto a sus familias, se someten a una serie de obligaciones e ideologías impuestas por la institución, a más de conllevar en sí mismos características individuales; sin embargo, algunas funciones, más que otras, exigen mayor responsabilidad, mayor, precisión, mayor esfuerzo físico, esfuerzo mental, mayor contacto físico con el paciente y/o con su familia, mayor intervención, etc.

Es así que, se demuestra en la interpretación del Perfil de Estrés de Nowack, en relación al estrés percibido por cada profesión - función, puntuaciones similares ubicadas dentro de la media en el caso de los grupos de Médicos Tratantes, Enfermeras y Voluntarios,

mientras que en el caso de los grupos de Psicólogos Clínicos y Religiosos obtuvieron la menor puntuación, ubicándose en el límite inferior de la media, lo que quiere decir que existe una presencia reducida de estrés percibido aún con la exposición a estresores propios de dicha labor. Todo esto se asocia con su experiencia propia de haber sentido estrés en algún momento de su función, en especial, durante las primeras visitas realizadas debido al impacto que estas generaron en ellos, expresando sentimientos de impotencia, de un grado alto de tensión y frustración, lo que llegó a manifestarse en síntomas característicos del estrés en general, síntomas fisiológicos como: disminución del sueño, contractura muscular, cefaleas, aumento de sueño, dolor de estómago, apetito excesivo (ansiedad) y síntomas psicológicos como: ira, rabia, hipocondría, sentimientos de agotamiento y cansancio acumulado; todos sinónimos de alerta ante el apareamiento del Síndrome del Burnout.

Con respecto a la incidencia de Fatiga por Compasión, producto del estrés laboral, generado, de forma involuntaria, como consecuencia del contacto, directo o indirecto, con el sufrimiento y dolor humano y caracterizado por un alto grado de empatía y compasión, factores que permiten entender la situación de la otra persona, en este caso de los pacientes en estado terminal a quienes se realiza las visitas domiciliarias como miembros de equipos interdisciplinarios, conllevan a un empleo inadecuado de los mismos factores, confundiendo más bien el rol y la función que se debe efectuar en ese momento de intervención y, dificultando la relación y desempeño laboral. Esto provoca un impacto emocional y somático, síntomas propios del agotamiento que se da al absorber o experimentar de forma vicaria el estado de malestar de la otra persona.

Se demuestra en la Escala sobre la Calidad de Vida Profesional CVPPro IV que los grupos de Médicos Tratantes y de Enfermeras obtienen el mayor valor en la escala de Fatiga por Compasión, reflejando el costo de su entrega a su labor y su alto grado de Satisfacción de Compasión, en la presencia de síntomas inherentes a dicho fenómeno como: la reexperimentación manifestada en sueños recurrentes con sus pacientes y el pensamiento constante en la situación de los mismos; evitación y embotamiento psíquico expresado en el desgaste de energía psíquica y agotamiento excesivo, a más de exponer el sentirse desligado de los casos que se ha presenciado y aceptando una fuerte identificación con uno o varios pacientes que lo asocia a su vida personal; hiper-activación (arousal) que lo refieren de forma evidente en estados de alta tensión, dificultad para dormir e irritabilidad; ligado a síntomas intrusivos como la incapacidad de tomar decisiones de acuerdo a la función a realizar y a síntomas de activación fisiológica como la presencia de ansiedad, manifestada, en especial por el grupo de enfermeras, en el aumento de apetito. Los

grupos de Voluntarios y Psicólogos Clínicos se ubican dentro de la media, reflejando la presencia de un desgaste normal sin ser motivo de alerta, a pesar de que el grupo de Voluntarios muestran un alto grado de satisfacción de compasión referente a su servicio y, el grupo de Religiosos que obtiene el menor puntaje, lo que expresa estabilidad sin incidencia alguna de aspectos amenazantes en su labor, empero su alto nivel de satisfacción de compasión en cuanto a su contexto laboral en general.

Además, como señala Bowen (1991), desde una perspectiva Sistémica, la fatiga por compasión se presenta como resultado de una escasa *diferenciación del sí-mismo* ligado a una cercanía con otro semejante que desemboca en un alto grado de identificación con el mismo. En base a esto, de acuerdo a la “Escala de diferenciación del sí-mismo” (Véase Tabla No. 5) establecido por el mismo autor, se podría decir que el grupo de Médicos Tratantes y Enfermeras pertenecerían al grupo de “Fusión del yo menos intensa y un “sí-mismo” poco definido”, definidos personas “sensitivas” y sobre todo por referir identificaciones de antecedentes de pérdidas familiares, lo que los liga fuertemente a los casos que presentan los pacientes; mientras que los grupos de Voluntarios y Psicólogos Clínicos se diría que están dentro del grupo de personas con “Mayor grado de diferenciación y nivel mucho más bajo de fusión del yo”, caracterizándose por opiniones bien definidas con respecto a temas fundamentales, aunque un tanto inseguras, debido al nivel alto de identificación con el paciente, del cual, al menos son conscientes; y por último el grupo de Religiosos que pertenecerían al grupo de “Personas Diferenciadas”, siendo quienes logran mantener su individualidad sin permitir una difusión con el paciente y sin dejar que les afecte el estado en el que se encuentra el paciente debido a su enfermedad.

CONCLUSIONES

Al analizar la investigación, en cuanto a los resultados obtenidos de las herramientas aplicadas a los miembros de los equipos interdisciplinarios que realizan visitas domiciliarias hacia pacientes en estado terminal, agrupados según su profesión – función, se concluye que:

En cuanto al factor estrés:

1. Los grupos de Psicólogos Clínicos y Religiosos son los menos afectados; esto se debe a recursos individuales como su formación de carrera que los prepara para establecer límites y el distanciamiento adecuado frente a los pacientes, a más de su tipo de personalidad que favorece el afrontamiento a situaciones estresantes y manejo de las mismas. Otro recurso individual es la experiencia previa en que, en el caso de uno de los Religiosos, ha adquirido durante varios años en la labor de visitas domiciliarias dentro del área de salud; además de una especialidad o profesión adicional, en el caso de otro de los Religiosos correspondiente a la profesión de Psicólogo Clínico, que lo dota de mecanismos adicionales de defensa ante la incidencia del estrés.
2. Los grupos de Médicos Tratantes, Enfermeras y Voluntarios, todos en general, presentan un nivel normal de incidencia de estrés como consecuencia de las funciones que desempeñan durante las visitas domiciliarias, este dato es significativo tomando en cuenta que están presentes factores institucionales y externos, tales como el número de pacientes y las demandas de atención de tiempos muy cortos. Y factores individuales como la falta de experiencia, especialmente, en quienes se integran a esta labor.

En cuanto al factor fatiga por compasión:

1. Los grupos de Médicos Tratantes y de Enfermeras demuestran ser los que mayor incidencia poseen ante el fenómeno de la fatiga por compasión, esto deriva de una alta identificación con uno o varios pacientes según su historia personal, en ciertos casos de pérdidas familiares, a más de asociarse con el alto grado de satisfacción de compasión que expresan tener en relación a la función desempeñada en este tipo de labor, que en sí misma, determina un contacto directo con el sufrimiento y dolor ajeno de quien padece la enfermedad, lo que conlleva a un alto grado de vulnerabilidad a contraer este tipo de consecuencia negativa.

2. Los grupos de Voluntarios y Psicólogos Clínicos presentan un nivel normal de incidencia de fatiga por compasión; esto se debe a, en el caso de los Voluntarios, la notable influencia del largo tiempo que han permanecido siendo parte de los equipos interdisciplinarios, lo que ha generado en ellos un acoplamiento ante las situaciones impactantes, percibidas durante las primeras visitas realizadas. Y, en el caso de los Psicólogos Clínicos, el factor individual inherente a su carrera, que les permite establecer límites y distanciamientos afectivos.
3. El grupo de Religiosos es el menos afectado, debido a que, igual que en la incidencia mínima de estrés, sus recursos individuales, favorecen a la diferenciación de sí mismos con respecto al paciente y al debido distanciamiento, acorde a la empatía, generado en la relación de asistencia espiritual que mantienen durante esta labor.

En general, se puede concluir que, la labor de las visitas domiciliarias realizada hacia pacientes en estado terminal dentro del área de cuidados paliativos, es un trabajo desgastante tanto física como emocionalmente, lo que lo convierte en una labor que predispone a sus miembros a una alta vulnerabilidad a padecer de riesgos psicosociales, consecuencias negativas, como son el estrés y la fatiga por compasión, siendo estos resultantes de la relación de ayuda terapéutica, de la empatía y del compromiso emocional establecidos en la interacción con el paciente y, que a su vez, tienden a generar un apego incorrecto, dado el alto monto de identificación con el mismo paciente y, afectando a la calidad de la asistencia que el profesional ofrece en este tipo de servicios.

Se ha demostrado con esta investigación que el nivel de incidencia de estrés y fatiga por compasión, no está determinado específicamente por el tiempo de permanencia en contacto con el paciente en estado terminal, debido a que este se liga a recursos individuales que cada miembro posee, así como a factores institucionales que, todos en conjunto, hacen que los miembros del equipo, estén más o menos afectados, sin dejar de sentir en algún grado, sentimientos que reflejen dicha afección, dada su característica de ser humano expuesto a situaciones impactantes, traumas, crisis y sobre todo, enfrentado a la muerte.

Además, cabe mencionar que el recurso espiritual, ligado a la postura de fe y creencias, es el factor individual más destacado, principalmente en el grupo de Religiosos, que disminuye su vulnerabilidad como miembro del equipo interdisciplinario y, por ende, tienen menor incidencia e impacto de ambos fenómenos.

RECOMENDACIONES

Comunidad

- Involucrarse y conocer más acerca de las labores que se realizan dentro del área de cuidados paliativos, dado que el grupo relativamente es pequeño para cubrir todas las necesidades existentes, pero que a su vez estén conscientes de los riesgos que éstos desencadenan.

Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos FECUPAL

- Establecer desde un inicio y de forma clara, las funciones y roles que debe cumplir cada uno de los miembros pertenecientes a los equipos interdisciplinarios encargados de realizar visitas domiciliarias a pacientes en estado terminal, esto evitará confusiones y responsabilidades que no competan a alguno de ellos; evitando excesos de trabajo, agotamiento y demás consecuencias negativas que conllevarían a alteraciones a nivel de salud y a nivel laboral en general.
- Implementar un plan de prevención, detección e intervención frecuente, por parte de un profesional en Psicología con conocimientos suficientes en cuidados paliativos, hacia todos los miembros de los equipos interdisciplinarios, sin excluir al Psicólogo que participa como miembro de dichos equipos dado que necesita de una evaluación externa, acerca de manifestaciones fisiológicas y psicológicas características de fenómenos como el estrés y la fatiga por compasión, que surgen como consecuencia de la labor de las visitas domiciliarias.
- Fomentar estrategias de afrontamiento ante las consecuencias negativas, inherentes a la labor de las visitas domiciliarias respectivas al área de cuidados paliativos, a través de talleres, capacitaciones e inducciones, hacia todos los equipos interdisciplinarios, que conjuguen teoría y las experiencias que presenciarán durante las visitas domiciliarias, en el caso de quienes recién vayan a integrarse y, las que han presenciado durante el tiempo de permanencia en las mismas.
- Efectuar no sólo una formación objetiva, principalmente en el grupo de enfermeras y médicos tratantes, sino enfocarse más bien en una formación subjetiva que permita reforzar los recursos individuales de cada miembro y así, presentar menor riesgo a padecer consecuencias negativas referentes a su labor.

- Promover la permanencia frecuente de las actividades “anti burnout” para disminuir las consecuencias negativas que acarrea la labor de las visitas domiciliarias.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

- Implementar en la malla curricular de la carrera de Psicología, especialmente dentro de la especialidad Clínica, una asignatura que abarque todo lo referente a los cuidados paliativos, intervenciones durante todo el proceso que requiera el paciente terminal a todas las personas que están en relación al mismo, herramientas de trabajo y, sus consecuencias, dado que es un tema esencial dentro de dicha especialidad.
- Promover a lo largo de la formación herramientas y estrategias que permitan al psicólogo mantener la distancia adecuada y sus limitantes frente al paciente, dado que es uno de los factores más relevantes para prevenir respuestas como el estrés y la fatiga por compasión.

BIBLIOGRAFÍA

Libros y artículos:

Acinas, P. (2012). *Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos*. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, perteneciente a la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 2(4):1–22. España: Copyright 2011.

Ackerman, N. (1982). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Hormé.

American Psychiatric Association (APA). (1997). *DSM IV. Breviario. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Asociación Internacional para el estudio del dolor. (1999). *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer infantil*. Ginebra: OMS Editores.

Astudillo, W., Mendinueta, C. y Astudillo, E., (1995). *Cuidados del Enfermo en fase terminal y Atención a su Familia*. Quito: Universitaria.

Ávila, S. (2011). *Acompañamiento al enfermo en fase terminal y a su familia*. (Tesis de maestría en Intervención, asesoría y terapia familiar sistémica). Quito: Universidad Técnica Salesiana.

Barahona, P., Gabela, P. (2010), *Propuesta de Intervención Psicológica para disminuir las manifestaciones asociadas al Síndrome del Burnout en los voluntarios de la Cruz Roja de la ciudad de Quito*. Quito: PUCE.

Barahona, P., Guerra, É. y colaboradores. (2012). *El Estrés en los estudiantes de las Facultades de Enfermería y Psicología de la PUCE–Quito*. Quito: PUCE.

Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. (1º Edición). Barcelona: Paidós.

Figley, C. R. (1996). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner.

Lázarus R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Piñuel, I. (2008). *La dimisión interior*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Redaelli, A. (2012). *Hospice: El cuidado personalizado y humanizado del enfermo terminal*. Quito: Ediciones Camilianas.

Rothschild, B. (2009). *Ayuda para el profesional de la ayuda: Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Bilbao: Desclee de Brower, S.A.

Slipak, O. (1996). *Estrés laboral*. Alcmeón, 1(4):495–503. Buenos Aires.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (1992). *Guía de Cuidados Paliativos*.

Watzlawick, P., Beavin J., y Jackson, D., (1995). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.

Williams, S. y Cooper, L. (2004). *Manejo del estrés en el trabajo. Plan detallado para profesionales*. México: Manual Moderno.

En Internet:

AFAAR. (s.f.). *Norma de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos*. Recuperado de <http://www.anestesiadef.org/documentos-normas-normas%20de%20organizacion%20y%20funcionamiento%20en%20cuidados%20paliativos.htm>

Alcalde, J. (2010). *Estrés Laboral: Informe técnico sobre estrés en el lugar de trabajo*. (Versión Digital PDF). Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/promocion_salud_lugar_trabajo/estres_laboral_informe_pslt.pdf

American Psychological Association APA. (2014). *Los distintos tipos de estrés*. Recuperado de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos.aspx>

Bolívar, A. (2012). *Fatiga por compasión o desgaste por empatía: El coste de cuidar*. UARH. Recuperado de <http://uarh.blogspot.com/2012/12/fatiga-por-compasion-o-desgaste-por.html>

Camacho, T. (2012). *Estrés laboral*. Recuperado de <http://lemabandin.com/blog/estres-laboral/>

FECUPAL. (s.f.). (Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos), Recuperado de <http://www.fecupal.com/>

Puchalski, C. et al. (2011). *La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso*. (Informe Especial Medicina Paliativa 18(1):55-78). Recuperado de http://www.secpal.com/%5cDocumentos%5cBlog%5carchivo_19.pdf

Thomas, D. (2005-06). *Cómo ayudar y no morir en el intento: Entendiendo el “Burnout” y la Fatiga por Compasión*. MyS Mujeres y Salud: Revista de comunicación interactiva. 17. Recuperado de http://mys.matriz.net/mys17/17_5.htm

UGT Aragón. (2005). *Manual de riesgos psicosociales en el mundo laboral*. (Versión Digital PDF). Recuperado de <http://www.ugtcai.org/portada/manual.pdf>

Vásquez, C., Crespo, M., y Ring, J. (s.f.). *Estrategias de afrontamiento*. 31:425-436. Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf

Vera, M. (2004-05). *La teoría del afrontamiento del estrés de Lazarus y los moldes cognitivos*. Recuperado de <http://www.moldesmentales.com/otros/mar.htm>

ANEXOS

ANEXO 1

SOLICITUD DE PERMISO PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Quito, 29 de Abril de 2014

Lda. Lucía Maldonado

Presidenta de la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL)

Presente;

Yo, María Daniela Dávila Germán, con CC. 1722655618, estudiante de décimo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y pasante de Psicología Clínica en su Institución, solicito a usted, me permita realizar mi proyecto de disertación para la obtención del título de Psicóloga Clínica con el tema: “COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE FATIGA POR COMPASIÓN Y ESTRÉS EN MIEMBROS DE LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS DE ACUERDO A SU FUNCIÓN EN VISITAS DOMICILIARIAS DEL ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS”, en el periodo agosto – diciembre 2014.

Para lo cual adjunto mi plan de disertación.

Esperando que su respuesta sea favorable, anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente;

Daniela Dávila

ANEXO 2

RESPUESTA A LA SOLICITUD



FUNDACIÓN ECUATORIANA
DE CUIDADOS PALIATIVOS ®

"Humanizar, Cuidar y Servir La Vida"

Acuerdo Ministerial No. 001058 del 16 de Octubre de 1997, Ministerio de Salud Pública

Quito, 29 de abril de 2014
Of.: 029/014

Estimada
Msc. MARIE FRANCE MERLIN
DECANA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
P.U.C.E.
Presente.

Reciba un cordial y atento saludo de la FUNDACIÓN ECUATORIANA DE CUIDADOS PALIATIVOS "FECUPAL".

En respuesta a la solicitud presentada por la señorita DANIELA DÁVILA, en cuanto a la realización de su disertación previa a la consecución del título de Psicóloga Clínica, queremos expresar la disponibilidad de la institución para la realización del mencionado trabajo, facilitando la información y recursos que requiriera en su elaboración.

Cabe señalar que la institución ha conversado con la señorita en mención sobre la necesidad de que este estudio a realizar sea un documento válido para la formación de futuras promociones así como para mejorar el rendimiento del personal de la institución, procurando un sano manejo de situaciones de sufrimiento características del trabajo en cuidados paliativos.

Agradecemos su preocupación por la formación en cuidados paliativos de sus estudiantes y el tomar en cuenta nuestra institución para ello.

Con los mejores deseos de bienestar, le reiteramos nuestros sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,


LUCÍA MALDONADO
PRESIDENTA FECUPAL



ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por María Daniela Dávila Germán, egresada de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, correspondiente a la facultad de Psicología Clínica. La meta de este estudio es comparar la incidencia de la fatiga por compasión y estrés en los miembros de los equipos interdisciplinarios de acuerdo a su función realizada en las visitas domiciliarias del área de cuidados paliativos llevadas a cabo en FECUPAL

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas acorde a una entrevista semi-estructurada, a más de la aplicación de dos tests pertinentes a la investigación. En total esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo, lo cual podrá ser dividido en dos sesiones de 30 minutos cada una. Es probable que lo que se converse durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los propuestos en esta investigación. Sus respuestas a las pruebas y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes o herramientas utilizadas para las grabaciones se anularán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____

He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _____

Me han indicado también que tendré que responder preguntas correspondientes a una entrevista semi-estructurada y a la aplicación de dos tests pertinentes a la investigación, lo cual tomará aproximadamente un total de _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas

sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 4

ENTREVISTA

Nombre:

Fecha:

Edad:

¿Qué función desempeña dentro de la institución FECUPAL?

¿Qué función desempeña dentro de la labor de visitas domiciliarias a pacientes en fase terminal conjunto a su familia?

¿Cuánto tiempo lleva siendo parte de los equipos interdisciplinarios destinados a las visitas domiciliarias?

¿Cómo califica la labor de las visitas domiciliarias?

¿Cuál es o ha sido su experiencia personal sobre dicha labor, en las primeras, posteriores y durante las visitas realizadas?

¿Cuál/es visita/s le ha/n provocado mayor o menor dificultad, y por qué cree que sucedió esto?

¿Ha sentido algún tipo de estrés al realizar su función, en qué momento y cuáles han sido las manifestaciones físicas y psicológicas?

¿Cómo detectó las manifestaciones o síntomas presentados a causa del estrés, le fue fácil, difícil hacerlo y por qué?

¿Se ha sentido agotado (síntomas: re experimentación, evitación e híper-activación) en alguna de las visitas realizadas, en cuál/es y, a qué cree que se debe esto?

¿Establece empatía con los pacientes y sus familiares, en qué grado? ¿Ha establecido empatía con alguno de los pacientes en específico, por qué y en qué momento/s?

¿Considera a su profesión o función como vulnerable para contraer consecuencias negativas ante dicha labor, por qué? ¿Qué opina sobre las otras profesiones o funciones realizadas por el resto del equipo interdisciplinario? ¿Existe alguna diferencia, por qué?

Ante el estrés o agotamiento provocado como consecuencia de la labor realizada durante las visitas domiciliarias, ¿qué estrategias ha tomado de forma individual y/o en grupo?

ANEXO 5

ProQOL -vIV

PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE

Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV

Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción

Tercera Revisión

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, como profesional de la urgencia médica. Considere cada uno de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre
5=Siempre

- _____ 1. Soy feliz.
- _____ 2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.
- _____ 3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.
- _____ 4. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.
- _____ 5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.
- _____ 6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.
- _____ 7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.
- _____ 8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.
- _____ 9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.
- _____ 10. Me siento “atrapado” por mi trabajo.
- _____ 11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.
- _____ 12. Me gusta trabajar ayudando a la gente.
- _____ 13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.

_____ 14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.

_____ 15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.

_____ 16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.

_____ 17. Soy la persona que siempre he querido ser.

_____ 18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.

_____ 19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.

_____ 20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.

_____ 21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.

_____ 22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.

_____ 23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.

_____ 24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.

_____ 25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.

_____ 26. Me siento “estancado” (sin saber qué hacer) por como funciona el sistema sanitario.

_____ 27. Considero que soy un buen profesional.

_____ 28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.

_____ 29. Soy una persona demasiado sensible.

_____ 30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.

© B. Hudnall Stamm, Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales-III, 1995 -2002, <http://www.isu.edu/~bhstamm>. This form may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, & (c) it is not sold.

ANEXO 6

PERFIL DE ESTRÉS DE NOWACK

Nombre: _____ Número de identificación: _____ Edad: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Nivel educativo (años completados): ☐ <12 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ >16

Nombre del aplicador: _____ Número de identificación del aplicador: _____ Fecha de aplicación: _____

PERFIL DE ESTRÉS

Instrucciones

Primero llene la ficha de identificación. Marque con un círculo **sólo una** respuesta en cada pregunta. Si desea cambiar alguna respuesta que ya marcó, sólo escriba una **X** sobre la primera respuesta y después dibuje un círculo alrededor de la respuesta correcta.

Hay instrucciones para cada grupo de preguntas en el Cuadernillo de aplicación, las cuales describen las respuestas que puede escoger. Lea cada pregunta con cuidado y marque el número que corresponda a su respuesta en esta Forma. Dibuje un círculo alrededor del número o la letra que corresponda a su respuesta.

PARTE I:

- 1 ► Nunca
2 ► Rara vez
3 ► Algunas veces
4 ► A menudo
5 ► Siempre

1. 1 2 3 4 5
2. 1 2 3 4 5
3. 1 2 3 4 5
4. 1 2 3 4 5
5. 1 2 3 4 5
6. 1 2 3 4 5

PARTE II:

- 1 ► Nunca
2 ► Rara vez
3 ► Algunas veces
4 ► A menudo
5 ► Siempre

7. 1 2 3 4 5
8. 1 2 3 4 5
9. 1 2 3 4 5
10. 1 2 3 4 5
11. 1 2 3 4 5
12. 1 2 3 4 5
13. 1 2 3 4 5
14. 1 2 3 4 5
15. 1 2 3 4 5
16. 1 2 3 4 5
17. 1 2 3 4 5
18. 1 2 3 4 5
19. 1 2 3 4 5
20. 1 2 3 4 5
21. 1 2 3 4 5
22. 1 2 3 4 5
23. 1 2 3 4 5
24. 1 2 3 4 5
25. 1 2 3 4 5
26. 1 2 3 4 5
27. 1 2 3 4 5
28. 1 2 3 4 5
29. 1 2 3 4 5
30. 1 2 3 4 5
31. 1 2 3 4 5

- 1 ► Ninguno
2 ► De 1 a 4 cigarrillos
3 ► De 5 a 10 cigarrillos
4 ► De 11 a 20 cigarrillos
5 ► Más de una cajetilla

PARTE III:

A

- 1 ► Nunca
2 ► Rara vez
3 ► Algunas veces
4 ► A menudo
5 ► Siempre
6 ► No aplicable

32. 1 2 3 4 5 6
33. 1 2 3 4 5 6
34. 1 2 3 4 5 6
35. 1 2 3 4 5 6
36. 1 2 3 4 5 6
37. 1 2 3 4 5 6
38. 1 2 3 4 5 6
39. 1 2 3 4 5 6
40. 1 2 3 4 5 6
41. 1 2 3 4 5 6

B

- 1 ► No del todo satisfecho
2 ► Poco satisfecho
3 ► Moderadamente satisfecho
4 ► Muy satisfecho
5 ► Extremadamente satisfecho
6 ► No aplicable

42. 1 2 3 4 5 6
43. 1 2 3 4 5 6
44. 1 2 3 4 5 6
45. 1 2 3 4 5 6
46. 1 2 3 4 5 6

(continúa al reverso)

PARTE IV

- 1 ► Nunca
- 2 ► Muy pocas veces
- 3 ► A menudo
- 4 ► La mayor parte del tiempo
- 5 ► Siempre

47.	1	2	3	4	5
48.	1	2	3	4	5
49.	1	2	3	4	5
50.	1	2	3	4	5
51.	1	2	3	4	5
52.	1	2	3	4	5
53.	1	2	3	4	5
54.	1	2	3	4	5
55.	1	2	3	4	5
56.	1	2	3	4	5

PARTE V

- 1 ► Completamente de acuerdo
- 2 ► De acuerdo
- 3 ► Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 ► En desacuerdo
- 5 ► Completamente en desacuerdo

57.	1	2	3	4	5
58.	1	2	3	4	5
59.	1	2	3	4	5
60.	1	2	3	4	5
61.	1	2	3	4	5
62.	1	2	3	4	5
63.	1	2	3	4	5
64.	1	2	3	4	5
65.	1	2	3	4	5
66.	1	2	3	4	5
67.	1	2	3	4	5
68.	1	2	3	4	5
69.	1	2	3	4	5
70.	1	2	3	4	5
71.	1	2	3	4	5
72.	1	2	3	4	5
73.	1	2	3	4	5
74.	1	2	3	4	5
75.	1	2	3	4	5
76.	1	2	3	4	5
77.	1	2	3	4	5
78.	1	2	3	4	5
79.	1	2	3	4	5
80.	1	2	3	4	5
81.	1	2	3	4	5
82.	1	2	3	4	5
83.	1	2	3	4	5
84.	1	2	3	4	5
85.	1	2	3	4	5
86.	1	2	3	4	5

PARTE VI

- 1 ► Nunca
- 2 ► Rara vez
- 3 ► Algunas veces
- 4 ► A menudo
- 5 ► Siempre

87.	1	2	3	4	5
88.	1	2	3	4	5
89.	1	2	3	4	5
90.	1	2	3	4	5
91.	1	2	3	4	5
92.	1	2	3	4	5
93.	1	2	3	4	5
94.	1	2	3	4	5
95.	1	2	3	4	5
96.	1	2	3	4	5
97.	1	2	3	4	5
98.	1	2	3	4	5
99.	1	2	3	4	5
100.	1	2	3	4	5
101.	1	2	3	4	5
102.	1	2	3	4	5
103.	1	2	3	4	5
104.	1	2	3	4	5
105.	1	2	3	4	5
106.	1	2	3	4	5

PARTE VII

- 1 ► Nunca
- 2 ► Rara vez
- 3 ► Algunas veces
- 4 ► A menudo
- 5 ► Siempre

107.	1	2	3	4	5
108.	1	2	3	4	5
109.	1	2	3	4	5
110.	1	2	3	4	5
111.	1	2	3	4	5
112.	1	2	3	4	5
113.	1	2	3	4	5
114.	1	2	3	4	5
115.	1	2	3	4	5
116.	1	2	3	4	5
117.	1	2	3	4	5
118.	1	2	3	4	5

PARTE VIII

- 1 ► Verdadero
- 2 ► falso

119.	V	F
120.	V	F
121.	V	F
122.	V	F
123.	V	F

Instrucciones para la calificación

Revise las páginas exteriores para cerciorarse de que estén completas. Si faltan respuestas o existen preguntas con respuesta doble, consulte con el examinando para completarlas si es posible. En el caso de preguntas sin respuesta o con respuesta doble, dibuje un círculo alrededor del valor de respuesta mediano impreso en negritas en la hoja de puntuaciones.

Los 10 pares de reactivos que se listan enseguida, se emplean para obtener la puntuación del Índice de Inconsistencia en las respuestas (INR). Para cada uno de estos reactivos, copie el valor de respuesta que está dentro del círculo en la hoja de puntuaciones (**no** los números de respuesta marcados en las páginas exteriores). Compare los valores de respuesta de cada par de reactivos del INR; si son diferentes por más de 1, escriba una marca (X) en el cuadro junto a cada par. Cuente el número de cuadros marcados y registre el total en el espacio designado para la puntuación natural del INR.

Para obtener el resto de las puntuaciones naturales del **Perfil de Estrés**, agregue los valores de las respuestas encerradas en círculos de cada escala en la hoja de puntuaciones. Transfiera todas las puntuaciones naturales de dicha hoja hacia el espacio "Puntuaciones naturales" de la gráfica de resumen del **Perfil de Estrés**. Registre las puntuaciones naturales del Índice de Sesgo en las respuestas y del índice de Inconsistencia en las respuestas en los dos espacios al final de la gráfica de resumen.

Utilice la gráfica de resumen para ilustrar las puntuaciones naturales de cada escala y determinar sus puntuaciones estándar correspondientes. Para hacer esto, localice y marque el valor de la puntuación natural de cada escala en la columna ubicada arriba del espacio donde ha escrito el número. Tanto en el extremo izquierdo como en el derecho de la fila en que aparece este valor en la gráfica, encontrará la puntuación *T* y el rango percentil que correspondan. Registre la puntuación *T* de cada escala en el espacio apropiado en la parte inferior de la gráfica de resumen.

Índice de Inconsistencia en las respuestas (Marque si la diferencia es >1)

Reactivo 32 _____ y	reactivo 42 _____	<input type="checkbox"/>
Reactivo 34 _____ y	reactivo 44 _____	<input type="checkbox"/>
Reactivo 36 _____ y	reactivo 41 _____	<input type="checkbox"/>
Reactivo 37 _____ y	reactivo 38 _____	<input type="checkbox"/>
Reactivo 40 _____ y	reactivo 45 _____	<input type="checkbox"/>
Reactivo 82 _____ y	reactivo 84 _____	<input type="checkbox"/>
Reactivo 109 _____ y	reactivo 110 _____	<input type="checkbox"/>
Reactivo 114 _____ y	reactivo 115 _____	<input type="checkbox"/>
Reactivo 111 _____ y	reactivo 113 _____	<input type="checkbox"/>
Reactivo 116 _____ y	reactivo 118 _____	<input type="checkbox"/>

Puntuación natural: _____

**Gráfica de resumen
Perfil de Estrés**

Nombre: _____

Número de identificación: _____

Fecha: _____



Percentil	T	Estrés*	Hábitos de salud	Ejercicio	Descanso/sueño	Alimentación/nutrición	Prevención	Consumo de reactivos AtC*	Red de apoyo social	Conducta Tipo A*	Fuerza cognitiva	Valoración positiva	Valoración negativa*	Minimización de la amenaza	Concentración en el problema	Bienestar psicológico	T	Percentil
>80	>29	>118	-	-	-	-	>52	<7	>72	>43	>141	-	>23	>23	-	-	>80	
80	29	-	-	-	25	-	-	-	-	-	140-141	-	-	-	-	-	80	
79	-	117-118	-	-	-	-	-	-	-	-	139	-	-	-	-	-	79	
78	-	-	-	-	-	25	-	7	72	-	138	-	23	23	-	60	78	
77	28	116	-	-	-	-	52	-	71	-	136-137	-	-	-	-	-	77	
76	-	115	-	-	-	-	-	-	70	43	-	25	-	-	20	-	76	
75	27	114	-	-	24	-	-	-	69	-	135	-	22	22	-	-	75	
99	74	-	-	-	-	-	-	-	68	-	134	-	-	-	-	59	74	
73	26	112-113	-	-	-	24	51	8	67	-	-	24	-	-	-	-	73	
72	-	111	-	-	-	-	-	-	66	42	133	-	21	21	19	58	72	
98	71	-	110	-	23	-	-	-	65	-	132	23	-	-	-	57	71	
70	25	109	-	-	23	50	-	-	-	-	131	-	-	-	-	66	70	
97	69	-	107-108	15	-	-	-	9	64	41	129-130	-	20	-	18	-	69	
96	68	-	106	-	22	-	48	-	63	-	128	22	-	20	-	55	68	
95	67	24	-	-	-	-	-	-	-	40	127	-	19	-	-	-	67	
94	66	-	104-105	-	-	22	-	10	62	38	125-126	-	-	-	17	54	66	
93	65	23	-	-	-	-	48	-	61	-	124	21	-	-	-	83	65	
91	64	-	103	14	21	-	-	-	60	38	123	-	18	19	-	82	64	
90	63	22	102	-	-	21	-	11	-	-	122	-	-	-	-	51	63	
88	62	-	101	13	-	-	-	-	59	37	120-121	20	-	-	-	80	62	
85	61	-	-	-	20	-	47	-	58	-	119	-	17	-	15	-	61	
84	60	21	100	-	-	20	-	12	-	36	118	-	-	18	-	49	60	
81	59	-	98-99	-	-	-	46	-	57	35	117	-	-	-	-	-	59	
78	58	20	-	12	-	-	-	-	56	-	116	19	18	-	-	48	58	
75	57	-	97	-	19	-	-	-	-	-	115	-	-	17	-	-	57	
72	56	19	96	-	-	-	45	-	55	34	114	-	-	-	15	47	56	
69	55	-	95	11	-	-	-	13	54	-	113	18	15	-	-	-	55	
65	54	18	94	-	-	18	-	-	53	-	111-112	-	-	-	-	46	54	
61	53	-	93	-	18	-	44	-	52	33	110	-	-	16	-	45	53	
57	52	17	-	10	-	-	-	-	-	32	109	-	-	-	-	-	52	
53	51	-	92	-	-	17	43	-	51	31	108	17	14	-	14	44	51	
50	50	-	91	-	17	-	-	-	50	-	107	-	-	-	-	43	50	
46	49	16	89-90	9	-	-	42	14	49	-	105-106	-	-	15	-	42	49	
42	48	-	88	-	-	16	-	-	48	30	104	-	13	-	-	41	48	
38	47	-	87	-	16	-	41	-	47	-	103	16	-	-	13	-	47	
34	46	15	86	8	-	15	-	-	-	-	102	-	-	-	-	40	46	
31	45	-	85	-	-	-	-	-	46	29	100-101	-	-	14	-	39	45	
27	44	14	84	-	15	-	40	-	45	28	99	-	12	-	-	38	44	
24	43	-	83	7	-	14	-	-	44	-	97-98	15	-	-	-	37	43	
21	42	-	82	-	-	-	38	-	43	27	96	-	-	-	12	36	42	
18	41	13	80-81	-	14	-	-	-	42	-	94-95	-	-	13	-	-	41	
15	40	-	79	6	-	13	38	-	41	25	93	14	11	-	-	35	40	
13	39	12	78	-	-	-	-	15	40	-	91-92	-	-	-	-	33-34	39	
11	38	-	77	-	13	12	37	-	39	-	90	-	-	12	11	-	38	
9	37	-	76	-	-	-	-	-	38	25	88-89	13	10	-	-	32	37	
8	36	11	75	5	-	-	36	-	37	24	87	-	-	-	-	31	36	
6	35	-	-	-	12	11	-	-	36	23	85-86	-	-	-	-	30	35	
5	34	10	74	-	-	-	35	-	35	-	84	-	-	11	10	-	34	
4	33	-	71-73	4	11	-	34	-	34	-	82-83	12	9	-	-	29	33	
3	32	9	70	-	-	10	-	-	33	22	81	-	-	-	-	-	32	
3	31	-	69	-	-	-	33	-	31-32	21	78-80	11	-	10	-	28	31	
2	30	-	68	-	10	-	32	-	30	-	77	-	8	-	9	27	30	
29	8	67	-	-	9	-	-	-	-	20	75-76	-	-	-	-	26	29	
28	-	66	3	-	-	31	-	-	29	-	74	10	-	9	-	25	28	
27	7	62-65	-	9	-	30	-	-	28	-	73	-	7	-	-	-	27	
26	-	60-61	-	-	-	8	-	-	27	19	72	-	-	-	8	24	26	
25	-	59	-	8	-	29	-	-	26	18	70-71	9	-	-	-	-	25	
24	6	58	-	-	-	-	28	-	25	17	69	-	6	8	7	22-23	24	
23	-	57	-	7	7	-	-	-	23-24	16	68	-	-	-	-	20-21	23	
22	-	56	-	6	-	27	-	-	-	15	67	8	-	-	-	18-19	22	
21	-	-	-	-	-	-	-	-	22	14	65-66	-	-	7	6	17	21	
20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64	-	-	-	-	16	20	
<20	<6	<56	<3	<5	<5	<27	<3	<2	<22	<14	<64	<8	<8	<7	<6	<16	<20	
Percentil	T	de	de	de	de	de	de	de	de	de	de	de	de	de	de	de	T	Percentil

Puntuaciones naturales

Puntuaciones T

Índice de inconsistencia en las respuestas: _____ (Puntuaciones > 4 indican una probabilidad amplia de que las respuestas no se basaron de manera consistente en el contenido del reactivo.)

Índice de Sesgo en las respuestas: _____ (Puntuaciones > 3 indican un patrón de respuesta distorsionado en general.)

*Puntuaciones T elevadas sugieren un riesgo para la salud. Para el resto de las escalas, esto significa fortaleza, mientras que puntuaciones T bajas significan riesgos elevados.

PERFIL DE ESTRÉS

Forma de respuesta y calificación

KENNET M. NOWACK, PH.D.

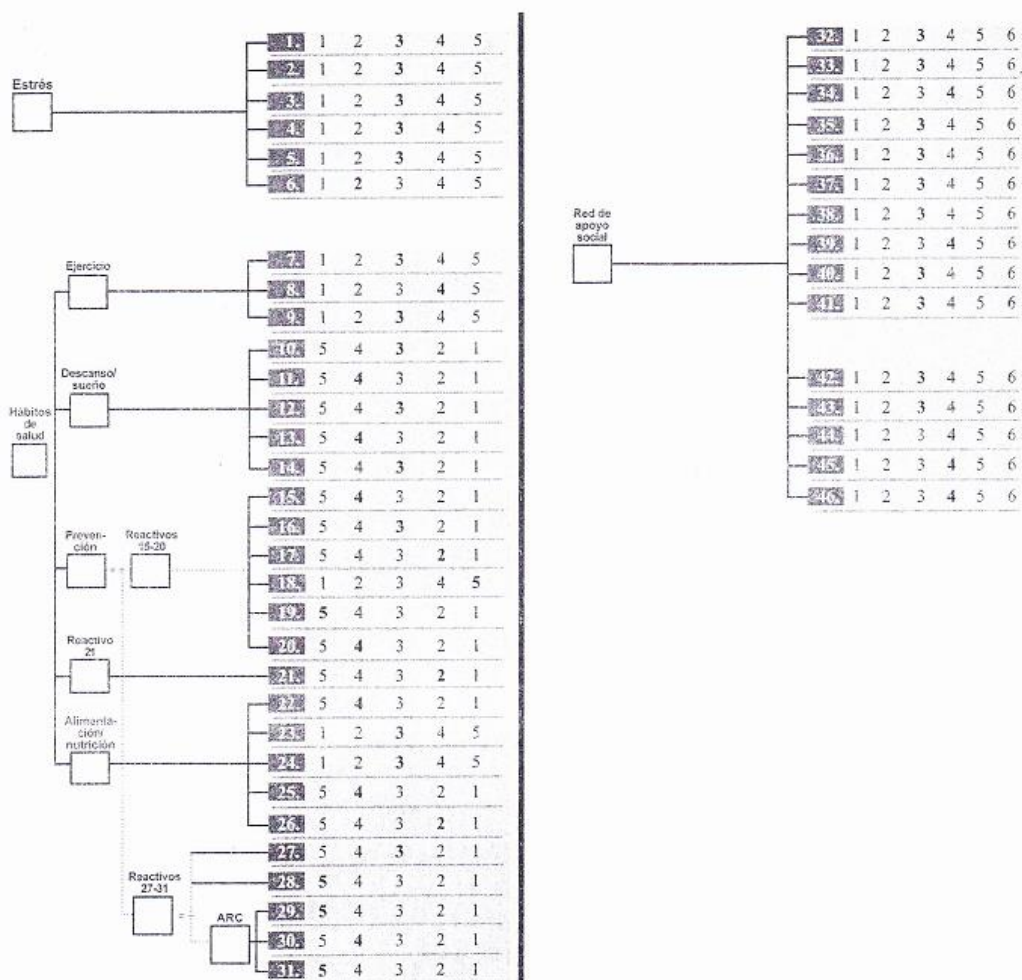


Retire esta carátula antes de aplicar el **Perfil de Estrés**



Copyright © 1999 Western Psychological Services
D. R. © 2002 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida por ningún medio, electrónico o mecánico incluyendo la fotocopia, grabación o cualquier sistema de almacenamiento o recuperación, sin permiso previo y escrito de la Editorial.





Conducta
Tipo A

☐

47.	1	2	3	4	5
48.	1	2	3	4	5
49.	1	2	3	4	5
50.	1	2	3	4	5
51.	1	2	3	4	5
52.	1	2	3	4	5
53.	1	2	3	4	5
54.	1	2	3	4	5
55.	1	2	3	4	5
56.	1	2	3	4	5

Fuerza
cognitiva

☐

57.	5	4	3	2	1
58.	5	4	3	2	1
59.	5	4	3	2	1
60.	5	4	3	2	1
61.	5	4	3	2	1
62.	5	4	3	2	1
63.	1	2	3	4	5
64.	1	2	3	4	5
65.	1	2	3	4	5
66.	1	2	3	4	5
67.	1	2	3	4	5
68.	1	2	3	4	5
69.	5	4	3	2	1
70.	5	4	3	2	1
71.	1	2	3	4	5
72.	5	4	3	2	1
73.	1	2	3	4	5
74.	5	4	3	2	1
75.	5	4	3	2	1
76.	1	2	3	4	5
77.	1	2	3	4	5
78.	5	4	3	2	1
79.	1	2	3	4	5
80.	1	2	3	4	5
81.	1	2	3	4	5
82.	1	2	3	4	5
83.	1	2	3	4	5
84.	1	2	3	4	5
85.	1	2	3	4	5
86.	5	4	3	2	1

Valoración
positiva

☐

87.	1	2	3	4	5
88.	1	2	3	4	5
89.	1	2	3	4	5
90.	1	2	3	4	5
91.	1	2	3	4	5

Valoración
negativa

☐

92.	1	2	3	4	5
93.	1	2	3	4	5
94.	1	2	3	4	5
95.	1	2	3	4	5
96.	1	2	3	4	5

Minimización
de la
amenaza

☐

97.	1	2	3	4	5
98.	1	2	3	4	5
99.	1	2	3	4	5
100.	1	2	3	4	5
101.	1	2	3	4	5

Concentra-
ción en el
problema

☐

102.	1	2	3	4	5
103.	1	2	3	4	5
104.	1	2	3	4	5
105.	1	2	3	4	5
106.	1	2	3	4	5

Bienestar
psicológico

☐

107.	1	2	3	4	5
108.	1	2	3	4	5
109.	1	2	3	4	5
110.	1	2	3	4	5
111.	1	2	3	4	5
112.	1	2	3	4	5
113.	1	2	3	4	5
114.	1	2	3	4	5
115.	1	2	3	4	5
116.	1	2	3	4	5
117.	1	2	3	4	5
118.	1	2	3	4	5

Índice de
Sesgo en las
respuestas

☐

119.	1	0
120.	0	1
121.	1	0
122.	1	0
123.	1	0

ANEXO 7

CODIFICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

N	Género	Edad	Profesión / Función	Fecha
A	Femenino	24	Psicóloga Clínica	12/09/2014
B	Masculino	24	Psicólogo Clínico	03/11/2014
C	Femenino	25	Psicóloga Clínica	11/09/2014
D	Femenino	30	Médico tratante	10/10/2014
E	Masculino	33	Religioso	18/10/2014
F	Femenino	45	Enfermera	06/09/2014
G	Femenino	48	Médico tratante	03/11/2014
H	Femenino	51	Enfermera	22/12/2014
I	Masculino	52	Religioso	13/10/2014
J	Femenino	54	Voluntaria	28/10/2014
K	Masculino	57	Voluntario	08/10/2014

ANEXO 8

ENTREVISTAS PARTICIPANTES

Participante A:

En estas visitas ellos (los equipos interdisciplinarios) tratan de suplir todas las necesidades que puedan tener la familia o el enfermo a quienes se realiza las visitas domiciliarias, pero es algo irrelevante, porque nunca se va a poder suplir todas estas necesidades y, a veces el ir todo el equipo genera malestar en algunas familias porque es un poco invasivo. En las primeras visitas siempre es un poco impactante porque no sabes, la idea que uno tiene no es la misma de lo que vas a tener al frente tuyo, el ver a la persona enferma, el ver a la familia que sufre es diferente al escuchar a un miembro de la familia o ver de lejos esta realidad; estas primeras visitas fueron las que me provocaron mayor dificultad, por el impacto de ver a la persona enferma, ver el dolor de la familia, porque tú sabes que uno también tiene una familia así. El caso que más me impacto fue el de la primera visita que tuve, fue de una persona que estaba en su etapa terminal, ya no se podía mover, no podía casi hablar, su esposa sufría, el hijo venía a ver de tan lejos a su papá; para mí fue muy impactante ver este cuadro de entrada. Ya con la experiencia, las siguientes visitas te deja satisfacción cuando las personas se ponen felices de que alguien les visite; una sonrisa es la principal satisfacción que uno se lleva.

Más que estrés, como se va en grupo, es el manejo del tiempo, es brindar el tiempo de escucha a esta otra persona, pero siempre hay esta cuestión del tiempo, pero cuando tú vas una vez a la semana o una vez al mes, esta persona tiene tantas cosas que decir que ese tiempo no te alcanza y es tensión para ti porque estás preocupado si vas a alcanzar a escuchar todo y también para la otra persona que te quiere decir algo y tienes que decir “bueno”, “hablamos otro día”. Tenía muchas iras, por la manera en que se manejaba un poco esto, tenía dolor de estómago porque siempre que pasaban estas cosas, no estaba de acuerdo como se manejaba la estructura de los equipos, obviamente me dolía el estómago, aparte como iba mucho tiempo, no tenía tiempo de almorzar. Cuando teníamos muchos pacientes que ver salía súper agotada, quería solo dormir, creo que era también el horario que se manejaba porque era sin descanso las visitas, aparte creo que era ver una realidad y enseguida otra, era un desgaste de energía.

Establezco empatía con los pacientes en un nivel de ocho, no he establecido con algún paciente en específico. Creo que debemos tener nuestros límites, saber identificar hasta

dónde debemos llegar, pero sí somos vulnerables a todas estas situaciones porque somos humanos, entonces estamos expuestos a realidades que se asemejan a la nuestra y que así sepamos cuales son nuestros límites, nos identificamos con nuestra realidad familiar y nos afecta. No creo que esto sea por la profesión, pienso que todos estamos expuestos como humanos que somos, pero también depende del carácter o de la habilidad de cada persona, sin embargo todos salían afectados porque siempre es un impacto ver todas estas realidades.

La estrategia individual que yo he tomado ante esto es saber esto de los límites hasta dónde llegamos, saber hasta dónde puede llegar nuestra escucha, hasta dónde nosotros también nos involucramos con la familia, con la persona. Dejar de pensar en esas cosas. De manera grupal no teníamos ninguna estrategia, estaba siempre abierta la posibilidad de conversar, de estas cosas, pero nunca se hacía nada.

Participante B:

La labor de las visitas domiciliarias es excelente, porque hasta donde yo sé la única institución que hace visitas, que va a visitar al enfermo en su ambiente para ver como está y también para recibir apoyo no solo psicológico sino médico, lo cual es importante. En las primeras visitas realizadas generalmente soy de las personas que hasta aprender o acoplarse bien al nuevo ambiente prefiero estar en silencio, viendo como lo manejan otras personas; iba primero conmigo una Psicóloga que ya había ido, para ver cómo funcionaba las intervenciones y me gustó pero en este trabajo las intervenciones son puntuales, no se tiene mucho espacio para intervenir o no es necesario intervenir. Posteriormente, se respetaba mucho el rol del Psicólogo, se daban cuenta de que era algo muy necesario, sobre todo porque son situaciones muy intensas, de emociones muy intensas, porque habrá pacientes que tal vez en ese momento no necesiten, que la familia esté bien, tal vez otro día sí y hagamos una intervención más larga, igual habrá otros pacientes que les veamos una vez y luego ya no quieran visitas. En general, yo no he tenido muchos problemas con las visitas, durante mi vida he sido una persona que sabe manejar ese tipo de situaciones. Lo que es triste del trabajo es que muchas veces tenemos visitas a pacientes moribundos que casi no se puede trabajar con esa persona por varios factores, a veces los familiares son muy difíciles, o el mismo paciente no quiere hablar. En general, yo manejo muy bien el estrés, me gusta mi trabajo, me gusta lo que hago. No me he sentido agotado ni cansado durante las visitas.

En algunos casos establezco empatía con los pacientes y diría que una empatía muy alta y, hay otros casos que ya está establecida la empatía con otra persona del equipo. Un caso específico es el de una paciente de ochenta y dos años con falla renal terminal, lo que siente es mucha soledad, sus hijos viven en España, sus hijos siempre le están llamando, vienen a visitarle, intentan no dejarle sola, se turnan en vacaciones para venir siempre todos y diría que con ella es la mayor empatía, porque esta sensación de soledad que tiene, la hemos ido trabajando varias veces, ella ya se da cuenta de que su hora se acerca y en eso está en paz, pero lo que todavía tiene mucho, es la necesidad del rol materno de ser madre, de sentirse muy querida.

Para ser Psicólogo, tienes que haber tenido un trabajo previo de análisis o de terapia justo para poder ver, poder mantener esta distancia, para que tus elementos personales, tu propia vida no entre en juego aquí, porque lo que importa es el paciente. Y, en verdad se manejan emociones muy intensas, realmente todos los días son casos difíciles, muchas veces que ves personas que están totalmente solas, que no tienen quien les cuide o personas que una negación terrible en la familia, en el que “de ese tema no vamos a hablar y no vamos a hablar de la muerte”; son cosas que tú no estás listo para afrontar, que no estás preparado para manejar, te van a hacer pedazos como sucede en las familias porque son personas que simplemente no están preparadas para apartar este tipo de cosas y el rol del Psicólogo es darle las herramientas para que ellos puedan trabajar.

La ventaja del equipo interdisciplinario, es que tienes varias aristas para ver, por ejemplo la parte médica es muy importante sobre todo por la forma en la que se maneja no es solo el hecho de que sea un profesional en la salud, sino que es una parte muy humana como lo maneja, no están ahí para curar a nadie y eso ya les impone una nueva forma de ver este tipo de cuidados, en este caso, su rol es el de mantener la calidad de vida, lo mejor posible hasta que llegue la muerte. Como Psicólogos tenemos la ventaja de tener este entrenamiento, habitualmente los médicos no lo tienen porque ellos, por lo general, están acostumbrados a un ambiente hospitalario que no te relacionas particularmente con el sujeto. En cambio aquí ves mucho más la historia personal a lo que viven realmente, y se vuelve más íntimo.

En cuanto a estrategias de afrontamiento frente al estrés y al agotamiento, en mi caso particular, medito mucho, tengo un régimen de ejercicio, siempre estoy entrenando, siempre tengo un espacio para mis amigos, para las cosas que me gustan hacer. Y bueno, algo que siempre he mantenido es mantener esta distancia hasta cierto punto que

si te permite relacionarte con alguien pero no es perderse en el otro, no es que el otro te inunde, sino mantener esta distancia y siempre, bueno, creo que por el entrenamiento que tienen las artes marciales he tenido una tolerancia al el estrés alta, no he tenido problemas con eso. Como equipo lo que siempre hacemos es un ambiente informal, todos sienten que podemos hablar al respecto sobre lo que opinamos de los casos, tal vez de lo que vimos.

Participante C:

Me parece que la labor de las visitas domiciliarias es beneficioso porque no hay este tipo de labor dentro de nuestro país, no hay instituciones a nivel público que hagan este tipo de acción y, creo que es mucho mejor para los pacientes, ya que son pacientes que no se pueden movilizar, no pueden estar yendo al hospital o yendo a clínicas y es más fácil para ellos recibirnos en su casa. Considero que al principio siempre es duro enfrentarse a la muerte y ver a los pacientes en una fase tan avanzada de la vida y ver el sufrimiento de los pacientes y de su familia, pero creo que eso es lo que te hace crecer y son ellos los que te enseñan en sí las cosas que te permiten fortalecerte y los que hacen que esta situación, sea más sobre llevable; en lo posterior como que uno se va acostumbrando, ya no es tan impactante el ver a los pacientes postrados, sin comer. Las visitas que se me han hecho más difíciles son con niños o adolescentes, porque uno siempre lo ve diferente, piensa que la muerte no debería llegar para ellos, las personas adultas o de la tercera edad ya han vivido, ya han cumplido sus objetivos y aún cuando en ellos es doloroso, creo aún más cuando son niños porque no es algo esperable, uno no espera enterrar a sus hijos, y también porque tengo un hijo.

La verdad es que no he sentido estrés, ha habido momentos difíciles a veces en los que tal vez es más complicado conversar con la familia, con el paciente, pero son sobre llevables, no es estrés. Al inicio más que estrés fue el impacto de ver a estas personas, hasta soñaba con algunos pacientes que atendíamos, pero no lo considero estrés, como algo que te tensiona todo el tiempo, pero sí el impacto emocional de ver esto. El ir a las visitas de por sí el viaje y el estar en contacto con este tipo de pacientes te agota bastante, sí baja tu energía y aún cuando trates de limitar tu parte personal con la profesional, sí te agota bastante. No tengo ningún caso en específico, cuando he trabajado con niños o adolescentes es cuando he sentido más agotamiento, lo cual se debe al impacto de verles sufriendo tan chiquitos y a veces no pueden expresar lo que sienten.

Establezco empatía con los pacientes en un grado de ocho o nueve, es una de las bases para la relación de ayuda el que tu logres empatía, creo que eso es lo primordial cuando tu entablas una relación con un paciente y su familia, porque de la empatía que tu generes, dependerá la confianza que ellos van a tener en ti, y cuánto tú puedas ayudar en esa situación. En general, he tenido muy buena empatía con los pacientes, creo que con quien tuve más empatía fue con una chica de 15 años, que tenía osteosarcoma, creo que como ella también me veía jovencita fue más fácil para ella abrirse, porque en su familia había una conspiración del silencio, entonces ella tenía muchas dudas, inquietudes, creo que fue más fácil abrirse conmigo. El hecho de ver a los pacientes en esta situación, hace que tú te sientas aliviado de ver cómo están satisfechos con esta labor, pese a la situación que están viviendo, pero como ellos empiezan a afrontar, entonces, tú también sales con ese alivio de que estás haciendo las cosas bien.

En toda profesión siempre nos enfrentamos a muchas cosas, a veces como Psicólogos estamos más expuestos al mundo interno de las personas. No creo que uno sea vulnerable, sino que más bien es una oportunidad para aprender cosas diferentes y sacarle provecho. Yo creo que cada persona es un mundo diferente, y hay personas que les afecta más que otras, entonces hay alguna sobrecarga en algunas personas, por el tipo de rutina que tienen; tal vez los religiosos son los más afectados porque no tienen tanto tiempo para ellos mismos sino que constantemente están con pacientes en un lugar u otro, están todo el tiempo trabajando para los demás.

Algo bueno de los cuidados paliativos es que se lo hace en grupo, entonces para eso está el grupo para que te den ese apoyo, lo importante de compartir tus experiencias, tus sentimientos, después de cada paciente, saber cómo se sintió cada persona te ayuda bastante a liberar todo lo que tu sentiste, toda la tensión. El ir a un gimnasio, haces deporte, tienes algún hobby, eso te ayuda mucho para tener tu tiempo y no estar solo concentrado en el trabajo. Personalmente me gusta ir al gimnasio, cocinar con mi hijo, las cosas en la casa me distraen bastante, más que salir, me gusta hacer las cosas en la casa.

Participante D:

Las visitas domiciliarias me parecen adecuadas, muy buenas porque es un apoyo y un soporte al paciente y a su familia; creo que hay muchas cosas que hay que cambiar, sobre todo se deben quitar los consejos lastimeros ya que no están en la parte

psicológica adecuada de apoyo para un paciente, lo cual hizo que no me sienta identificada con el grupo. Al inicio me pareció muy duro ver a la gente en su etapa de muerte o con enfermedades tan complejas, las primeras visitas no me gustaron porque tuve gente que ese rato se murió y como yo no tenía apego con la familia, esperaban que yo reaccionara como que yo le hubiera conocido a la paciente de toda la vida, obviamente no fue así, me hice a un lado y respeté su duelo, me sentí forzada a abrazar a la gente; me hizo pensar en mi humanidad, en la fragilidad de seres humanos, que cualquiera de nosotros puede caer en esa situación que compromete mucho tu estado emocional y mental. Las siguientes fueron más simpáticas para mí, pero honestamente pienso que alcanzo a cumplir el mes exacto de mi pasantía y me tengo que ir, porque no me gusta para nada, me parece que me va a dar un burnout si es que sigo trabajando aquí, es mucho estar frente a tanto dolor e incapacidad y, lastimosamente lo que se puede hacer no es tanto, ya que ni el dolor físico ni el emocional lo podemos resolver. Tal vez el apoyo espiritual y el del médico es bueno para el paciente y la familia, pero a veces si te sientes muy frustrado de no poder hacer más.

Me provocaron mayor dificultad aquellas visitas que justo se murió el paciente, ver y manejar el duelo de todo el mundo me pareció muy duro. Menor dificultad con el paciente que no está tan enfermo aparentemente, aquel con el que se puede conversar. Me impactó la agonía de algunos pacientes y sin nosotros poder resolver nada. Es el caso de un joven de 22 años que tenía edema en todo el cuerpo, no podía respirar, no podía caminar, no podía controlar la temperatura, tenía una hija recién nacida, una esposa joven y otra bebé, una agonía horrorosa en alguien tan joven, se estaba muriendo tan lento, ése me impactó mucho. Igual el caso de otro joven que tenía tanto dolor que hizo dependencia a la morfina, no teníamos nada que darle, se encontraba discapacitado, todo giraba alrededor de él y hasta ahora sigue viviendo así, lo cual me parece muy duro.

Me he sentido muy estresada cuando me piden que les calme algo y no puedo hacerlo, no puedo darles más medicina, me siento frustrada, me da estrés, ya que como ser humano te pones en esa situación; tuve un poco de contractura muscular, un poco de dolor de cabeza tensional, psicológicamente a veces llegaba y tenía que hacer alguna cosa que me quite lo que vine viendo. Trabajar con personas implica mucho para el que está del otro lado, entonces siento inmediatamente un desgaste psicológico y mental, un cansancio mental.

Yo creo que hice una empatía con los pacientes de un siete u ocho, más bien por hacer mucha empatía creo que me sentía tan mal, porque me ponía en su lugar. Hay muchos

casos con los que establecí empatía pero había una señora que me gustó mucho su personalidad, tenía un cáncer de estómago avanzado, pero ella clínicamente no parecía nada, luego murió y me dio mucha tristeza.

Uno tiene mucha probabilidad de desgaste personal, emocional, psicológico, además de la parte física, es bastante fuerte lidiar con cada paciente, lo cual hace que estemos expuestos.

Creo que la más afectada al inicio era yo, por nueva o, los demás se adherían de forma distinta al dolor. El doctor pienso que está más afectado, el psicólogo está formado para esto al igual que el religioso, en cambio los médicos por tener una preparación más objetiva estamos en más riesgo.

Para superar el estrés trato de hacer otras cosas que me gustan, me acompaño de gente a la que quiero y que me quiere, me distraigo, hago ejercicio, trato de no pensar en eso hasta volver a ese lugar. Con el equipo tomar un helado, veía que hacían bromas, era la forma de manejar el estrés, lo cual yo no estaba de acuerdo.

Participante E:

Estas visitas domiciliarias son formidables, únicas, porque es la única institución que hace este servicio completo con todo el equipo completo. Para mí ha sido una experiencia única, inolvidable en todo ámbito. En las primeras visitas era bastante doloroso, porque uno escuchaba situaciones que no tenían solución, esa impotencia de solamente darle consuelo, comprender la ideología de la fundación; en las posteriores visitas se iba ya entendiendo lo que significaba el acompañamiento a este tipo de personas, no ayudarlo a morir sino a vivir bien hasta el final. Las últimas visitas me daba nostalgia de que ya se terminaban, el hecho de ya no poder ver hasta el final a esas personas, me daba más tristeza el ya no poder seguir acompañándoles y, el hecho de que ya se terminaba mi servicio ahí. La mayor dificultad que tuve es con una muchacha de 15 años con cáncer a los huesos, con ella se acompañó todo el proceso, cumplió los 16 en esa cama y nunca se quebrantó ni perdió la fe hasta el último día, yo sigo celebrando todos los días por ella, yo no le olvido, ese es el caso más difícil.

Estrés yo no he sentido, porque como sacerdote yo ya he llevado los santos óleos, más bien en el sentido de desconsuelo, de mirar como en nuestro medio a la persona terminal se la margina, es más indignante que estresante. Cansancio sí, es desgastante

emocionalmente, bastante fuerte y mucho más cuando íbamos con la muchacha, porque le puse más familiaridad a esas visitas al personalizar más con la familia, poner más sentimiento familiar, lo cual hacía más difícil la situación, era más fuerte el vínculo. Establecí empatía con esta paciente en un diez, pero de ahí en adelante comencé a cuidarme.

En mi profesión si afecta siempre porque se trabaja con las emociones, porque se afecta uno, lo que nos enseña no a personarnos y cuando empieza ese vínculo, la profesión nos pide remitir a otro. La mayoría del equipo se movía en el mismo campo atendiendo el dolor, pero también se miraba la parte espiritual, los médicos tenían conocimiento de la parte paliativa, de lo que quería la institución y todos se afectaban de una u otra forma, no solo por la profesión sino por la formación. En unos casos se afectaban unos y en otros casos otros más.

Individualmente procuraba distraerme luego de las visitas leyendo o con los juegos de la computadora y con los hermanos jugábamos en la sala o veíamos la tele y conversábamos, lo cual nos ayudaba a disipar bastante, con el equipo salíamos y hacíamos un alto para distraernos.

Participante F:

La labor de los grupos interdisciplinarios son muy importantes dentro de las visitas, ya que nos da la facilidad de llegar primeramente al paciente que está en estado terminal, también muchas veces en enfermedades crónicas y a su entorno familiar, que es una ayuda muy indispensable de estas visitas que realizamos como grupos que conforman la Fundación de Cuidados Paliativos. Los primeros momentos en los que inicié salir a las visitas, fueron momentos muy duros ya que son casos que te llegan mucho al corazón y muchas veces te llegas a sentir sin saber qué hacer por ellos y también al familiar porque el familiar también es el ente principal, el cuidador que hay que ayudarlo; muchas veces te sientes que la experiencia la vas adquiriendo poco a poco, pero tus primeros momentos son duros. En las posteriores, las mismas experiencias de pacientes anteriores, te han ayudado a sentirte como más abierta a las posibilidades de dar alternativas y muchas veces no alternativas personales, sino que han sido que los hemos llevado como caso de grupo interdisciplinario. Me han provocado impotencia, muchas veces rabia, ira, malestar general. Donde yo he encontrado dificultad han sido con pacientes niños y con jóvenes. Un caso específico que llegó mucho a mi corazón fue el

caso de una niña de 3 años que tenía un carcinoma, donde se podía ver la impotencia y también la necesidad de calmar el dolor tanto físico como psicológico y, también calmar el dolor de esa madre que perdía ese ser tan querido como era su hija pequeña y ver también que su hermana mayor se sentía con una impotencia de no saber qué hacer por su hermanita y, como grupo también.

He sentido estrés cuando el número de pacientes aumenta y no sabes si salir o no a esas visitas ya que tu tiempo está tan limitado muchas veces y he sentido cansancio, agotamiento físico y, dentro de lo psicológico ha habido estrés de que me ha tocado decirme “te puedes quemar”. Se me ha hecho fácil detectar estos síntomas en el sentido de que como religiosa converso mucho en mi comunidad, mis hermanas tienden a preguntarme cuando llego, cómo te fue el trabajo y esto me facilita a que yo pueda expresar tanto mi preocupación por lo que me está sucediendo en ese momento y también la preocupación por el trabajo que realizo. Físicamente he sentido cefaleas, mucho sueño, muchas veces el apetito en exceso. Yo tiendo a pagar con mi salud y entonces me paro, reflexiono y digo hay que ir paulatinamente las cosas.

Establezco empatía, podría decir que llego mucho a los pacientes de un ocho a nueve, una de las cosas que me sigue dando motivación para continuar en este trabajo, es la gratitud de estos pacientes que han marcado mucho en mi corazón, sus experiencias, sus sufrimientos, y también los familiares que han sido ayudados y continúan estando en contacto conmigo, siento que siguen siendo esos amigos. Yo creo que no se da empatía en una primera sesión, sino desde una segunda, tercera visita, ya que en la primera sesión es un observar, escuchar, estar más que atenta a la necesidad de la familia. Yo perdí a mi madre a la edad de un año nueve meses, y es ahí donde me impactan los casos y también con las visitas he aprendido a vivir el momento de duelo, comprendo muchas veces el del duelo anticipado, de los familiares, del paciente, y creo que yo me identifico en muchos casos con eso.

Creo que sí considero vulnerable a mi profesión al estrés y la fatiga por compasión pero, ya que trabajamos como grupos, tratamos de que las cosas no se nos peguen demasiado y como grupo tratamos de hablar después de la visita, salir a desestresarnos, más bien como un anti burnout. Muchas veces he visto más afectado al médico, porque es el ente principal, el cual tiene que referirse tanto al pronóstico del paciente tanto al entorno de insumo de medicamentos que está recibiendo y también porque es una actividad extra a la que realizan normalmente.

Ante el agotamiento, he hablado, he dicho no me siento bien en ciertos casos, prefiero quedarme aparte o tomarme unos días libres. Leo, me gusta cocinar y también el mar.

Participante G:

Las visitas domiciliarias son la mejor alternativa para los pacientes que están en fase terminal, es el cumplir con la responsabilidad para quienes lo hacemos. Al comienzo era más difícil había más tensión, más frustración; a medida que va pasando el tiempo, como que vas encontrando más sentido a lo que haces, vas aceptando los límites que te da la visita y el trabajo que se puede realizar, vas aceptando que no todo es controlable pero vas enriqueciéndote mientras sientes que aprendes de los enfermos. Generalmente, las visitas a los niños son las más difíciles, por la sensibilidad que ellos tienen y también porque uno identifica a sus propios hijos; ahora me pasa con los jóvenes, cuando tienen la misma edad que mis hijos me es más difícil, pero hay casos que te sientes como en unas articulares, son de tipo tan personal, me impactan, es una patología por la cual yo viví tantos años, entonces de alguna manera uno se identifica. Hay pacientes con el tiempo mucho más corto que en función de su enfermedad con delimitaciones muchos más grandes, entonces uno se identifica y, de ahí muchos son los pacientes jóvenes con los que uno se identifica más. Ellos han sido parte de un aprendizaje, uno se identifica, pero a la vez que te duele, también valoras más lo que logras, porque de alguna manera puedes ver que hay mucho que se puede hacer; entonces al mismo tiempo que son difíciles también son los que más satisfacciones te dejan, logras cambiar en algo su crecimiento y eso es lo más importante.

Siempre hay estrés, hay estrés cuando ves un paciente con mucho dolor, cuando ves a un paciente con delirio o un paciente abandonado; de hecho si hay un tipo de tensión en el sentido de que empiezas a ver qué estás siendo una alternativa del momento, probablemente la última y, la obligación, la responsabilidad que significa poder hacer algo para mejorar su condición te causa estrés. Esto me produjo alguna vez algo de disminución del sueño, en general es algo que se siente en ese momento, es más como la presión para tomar decisiones, pero una vez que ya se toman las decisiones se pone un alto, un límite. Las visitas no me causan cansancio, es el cansancio normal después de doce horas de trabajo.

Durante las visitas se establece bastante empatía, son muy pocos los casos en los que no se logra; por ejemplo un paciente que tenía mucha afinidad por su carácter, me

gustaba verle porque era muy optimista, entonces el desahogo en los días más difíciles para nosotros, él era nuestra válvula de escape, nos inyectaba de mucha fuerza, mucho optimismo.

El contacto constante con el sufrimiento, el atender personas, eso es lo que te hace más vulnerable, el ser parte de un equipo es una fortaleza porque ya hemos tenido todos en algún momento periodos de estrés, de más vulnerabilidad, pero lo interesante es que ya nos damos cuenta cuando cualquiera del equipo está flaqueando y siempre ha habido apoyo para eso, esa persona que está más débil, ese guía más vulnerable ha sentido el apoyarse mutuamente.

Generalmente mi válvula de escape siempre es mi familia, comparto con mi familia. Como grupo lo que hacemos nosotros en grupo de visitas, nos reunimos, conversamos hacemos algo, es un momento para compartir.

Participante H:

En cuanto a la labor social de las visitas domiciliarias, considero que aporta mucho a los pacientes, en especial si se hace contacto a tiempo porque se puede acompañar al paciente conjunto a su familia en el proceso de muerte. Mi experiencia como parte del equipo interdisciplinario al inicio fue de asombro, tal vez comparar con experiencias personales, en las cuales no se sabe qué hacer, luego conforme pasa el tiempo aunque las ganas de llorar no se pierden, uno aprende qué decir y cómo proceder. Una de las visitas que me han provocado mayor dificultad, han sido las realizadas a niños, pienso porque yo perdí a una hermana pequeña y ellos no han vivido todavía y, he podido relacionarme mejor con gente más pobre, con menos distribución, porque puedo hacer de intermediaria entre el médico y el paciente, tengo un poco más de facilidad para dirigirme a ellos.

No he sentido estrés al realizar mi función porque tenemos un buen grupo de visitas que ya nos relacionamos y nos entendemos, entonces hay un buen trabajo en equipo y luego en el carro se conversa, se rompe el estrés y también preguntamos para no quedarnos desinformados. En un inicio creo que a todos nos pasa que nos adueñamos de un paciente, en mi caso era de una paciente que se llamaba Jenny y todo el tiempo oraba pidiendo por ella; esto me provocó que durmiera poco, soñaba con ella, seguía hablando de ella, como un impulso normal, todo el tiempo. Considero que las visitas no me cansan, más bien suelo salir cansada del otro trabajo, pero de las visitas no.

Establezco empatía con los pacientes y sus familiares en las visitas en un grado de cinco, a medida que se le va conociendo y tratando con opción de disponibilidad.

Pienso que mi función de enfermera es vulnerable para afectarme ante esta labor, ya que uno se involucra frente al sufrimiento, pero a la vez a uno le enseña que hay ocasiones en que uno está enredado en un vaso de agua y el problema del otro es más grande, entonces como que le ayuda a uno a solucionar lo propio, y esto creo que nos sucede a todo el equipo. Siempre la persona nueva es la más afectada porque se apodera de un paciente, pero ahí se le ayuda, esto, sin depender de su profesión.

A fin de cambiar y que no me afecten dichos problemas, me gusta leer un poco acerca de la enfermedad para tener qué decir la próxima vez, eso le ayuda a uno, estando actualizado. También me gusta tejer, ver televisión.

Participante I:

Las visitas domiciliarias para mí son significativas, son muy importantes, la gente necesita eso, una sonrisa, una atención, un consejo, la tensión de donde visitamos se distensiona. El cuidador se encuentra estresado, quemado porque no tiene entrenamiento, hasta que escuchan una voz neutral que le aconseja, que puede tener ayuda. Mi labor empezó hace veinte años atrás en visitas hospitalarias donde he visto unidades de cuidado intensivo, cuidado intermedio, cuidado crítico, pacientes en hospitalización, en cirugía, posparto, de todo, entonces no es una experiencia nueva; lo que es nuevo es el grupo interdisciplinario, realmente el rol no es nuevo para mí, lo único que cambia es que ahora es a otro nivel. Yo siempre voy abierto en mente y corazón, no le pongo tropiezos a la visita pastoral, tu buena voluntad y el anhelo de ir y escuchar ya te enfrenta a cualquier situación, incluso si hay un muerto, tengo una paz interior que me ayuda a que no me afecte, mi primera actividad en la mañana es la eucaristía, lo que hace que espiritualmente esté lleno para poder dar físicamente en lo que hay que hacer. Muchas de las cosas que aquí vemos son apariencias y que hay algo mucho más allá y, que hay seres que aparentemente están solos, pero que la realidad es que son seres más avanzados espiritualmente y que no necesitaban a nadie, por lo que cambió mi forma de ver de que hay una realidad trascendente lo que hace que nosotros prestemos nuestro servicio con todo el corazón, con todo lo que tenemos y lo demás lo dejamos a la trascendencia y así, nunca más sentí tristeza ni a llorar.

No he sentido estrés, a veces duda, incertidumbre. Me he sentido agotado más por el clima que por los pacientes.

Generalmente establezco empatía con los pacientes, me da pena, las personas quieren tener charla conmigo, en otras ocasiones más quieren hablar con el Médico o con el Psicólogo y en esos momentos hablo más con la familia, no es tanto simpatía sino empatía, sentir, de contacto con el hermano que está en una posición de dolor, incluso de duelo. Creo que establezco empatía en un 8,5, luego he establecido mayor empatía cuando posteriormente realizo visitas para ayuda espiritual, con lo que he llegado a acompañar no solo al paciente sino a la familia.

En nuestra profesión estamos muy expuestos a muchas enfermedades, sin embargo nuestros votos y la concientización de que debemos tener una papelera de reciclaje, cuando hay una situación difícil, yo contengo la respiración y hago relajación y meditación profunda, eso me ayuda con todas las cosas que yo escucho, y le entrego a Cristo, pero yo no me involucro, no es mi sendero. En ocasiones más afectado ha salido el médico e incluso con reflujo y baja de tensión de alguna manera, las Psicólogas manejan mejor el estrés, pero yo no sé si se conjuga con un estrés familiar o laboral. Estamos cuidando la parte científica, pero descuidamos la parte emocional, psicológica.

La charla post visita me parece muy importante, la distensión es el dialogar, el reírnos de algo o de alguien.

Participante J:

Yo, considero que las visitas domiciliarias son excelentes, cuando nos llaman a tiempo, cuando diagnostican la enfermedad; a veces hay personas que llaman muy tarde y ya no se puede hacer nada. Las primeras veces fueron muy duras, a pesar de que se hizo cursos porque uno también se tiene sentimientos y ver a la familia que sufre y al enfermo, sí es fuerte, pero como que se recompensa cuando uno se siente que ha ayudado, que ha hecho algo por el paciente y su familia. Poco a poco ya nos hemos ido acostumbrando, hacemos las visitas y más vale cuando no hacemos las visitas como que nos hace falta algo. La última visita que tuvimos fue de una señora, eso nos impactó a todo el grupo porque era una señora que estaba sola con dos hijos, tiene cáncer, tiene un hijo de 3 años y uno de 12, y no tiene quien le vea porque inclusive donde ella vive está arimada una familia que no han sido ni siquiera amigos, no tiene posibilidades y dice que

tiene familia en Colombia, pero aquí no tiene a nadie, y tampoco los papás de los niños no hay; o sea si ella muere, los niños quedan prácticamente huérfanos.

No nos ha provocado dificultad las visitas, sino como en este caso nos ha dolido mucho, hay otras experiencias como que nos conmueve, como que nos da alegría; por ejemplo tenemos un viejito que recién cumplió 99 años, él si tiene cáncer de próstata, pero además tiene otros ya propios de la edad, pero él tiene una paz, una tranquilidad que transmite, es bien tierno el viejito. Cada visita es diferente, cada visita es única.

Hemos hecho cursos de burnout para poder sobrellevar el estrés y el agotamiento, entonces cuando no hacemos las visitas ya nos hace falta ir a ayudar a las personas, más vale nosotros salimos ayudados, porque salimos más tranquilos de haber ayudado, hacemos una comparación de que nosotros tenemos todo y nos ahogamos por simplezas; en cambio ellos tienen una enfermedad grave, terminal y están ahí luchando. Hasta acostumbrarse, hasta tener un poco más de experiencia uno ha sufrido estrés, cuando yo veía casos bien tristes yo me ponía a llorar después en mi casa y a solas cuando nadie me veía, también tuve dolor de cabeza. Los síntomas de estrés son conocidos, por lo cual me fue fácil identificarlos, dolor del cuello, de la cabeza. Algunas veces me he sentido agotada, cuando tenemos 4 o 5 pacientes que visitar nos da como desesperación porque no se alcanza a veces a visitarles a todos y todos necesitan.

La primera visita como ellos no nos conocen y nosotros no les conocemos hasta crear un lazo de amistad, podría ser para que ellos confíen en nosotros, después cuando hacemos varias visitas más vale ellos nos extrañan piden que les visitemos, que no les dejemos. Pienso que quienes establecen más empatía son los Psicólogos; por ejemplo tienen algún problema los familiares y el paciente mismo que confían más en un Psicólogo.

Uno es vulnerable a padecer de estrés y agotamiento en esta labor, por lo que a más de tener esta actividad, debe tener otras que no se queme. Todos somos vulnerables por igual, tal vez el médico porque sabe más de la situación en cuanto a la enfermedad, tal vez le afecte menos.

En grupo para contrarrestar este estrés lo que hacemos es los anti burnout, ahorita no hemos tenido es actividad, pero antes era mensualmente, y nos mantenía bien, ahora hay una sesión que hacen aquí los Psicólogos, una integración de los que trabajan aquí, también nos participan a nosotros y tratamos de colaborar, igual es como un desahogo. De forma individual trato de caminar, de hacer algo de ejercicio, hacer otra actividad muy distinta a la de visitar enfermos.

Participante K:

La labor de las visitas domiciliarias es de mucha ayuda, de mucha solidaridad, algo muy necesario cuando uno está en esa etapa crítica. Al inicio no tuve una formación tan eficiente, lo cual me llevó a cometer muchos errores, hoy sigo cometiendo menos errores. El error más grande que cometí al inicio fue creer que hay una varita mágica, una fórmula mágica, una panacea para tratar estos temas, y pensé que el tratar de que los enfermos recuerden los momentos bonitos de su vida sería lo mejor. Aprendí que las primeras visitas las preguntas si bien tienen que ser abiertas, no pueden ser directas, porque tú no sabes el mundo de la persona. Generalmente las que asocia a familiares, son las que me han provocado mayor dificultad, si es una persona mayor se asocia con un padre, si son jóvenes o adultos a mis hermanos, pero lo que si me parte el corazón son los adolescentes y los niños, tal vez te identificas con los nietos y te preguntas porqué a ellos, tan vulnerables.

He sentido estrés en la visitas, pero yo puedo catalogar como dos momentos, en los primeros momentos cuando uno es voluntario, sin mucha formación, tiene uno mucho optimismo, pocos conocimientos, luego cuando te vas formando del tema, empiezas a experimentar que los compañeros de trabajo no te ayudan mucho, empieza el estrés y lo he vivido, el agotamiento, y empiezas a pensar que no tiene sentido, luego viene algo que tuve la ayuda oportuna a través de amigos, compañeros, cursos que te ayudan a comprender que no solo es de ayuda sino de vocación, es una opción de vida, lo cual me ha vuelto más humano. Normalmente te empieza a afectar a la salud, cansancio, hay un sin sentido, posiblemente para qué lo hago, si igual se van a morir, hay un juzgar mucho a los demás, te parece que sólo tú lo haces todo bien y otros lo hacen todo mal, o al revés. El tiempo de los anti estrés es importante. Dolores de cabeza, estómago, asocia muchas enfermedades, te vuelves hipocondríaco, o si algo tiene el paciente tienes miedo que a ti también te pase. Esto pude identificarlo primero a través de los conocimientos que nos dan, y el equipo de trabajo nos ayuda también a darnos cuenta si estamos estresados. Los equipos de trabajo también maduran, llegan a ser una sola persona y en circunstancias determinadas saben cómo el uno colabora al otro.

La empatía es un proceso, uno no puede de la noche a la mañana establecer empatía con los pacientes, lo cual puede ser años o meses para hacer un proceso total para llegar a una aceptación, una sanación interna. Con varias personas he establecido empatía por

afinidad, con algunos pacientes; siempre se trata de dialogar lo que el paciente desea para entender a la otra persona, se respeta sus creencias.

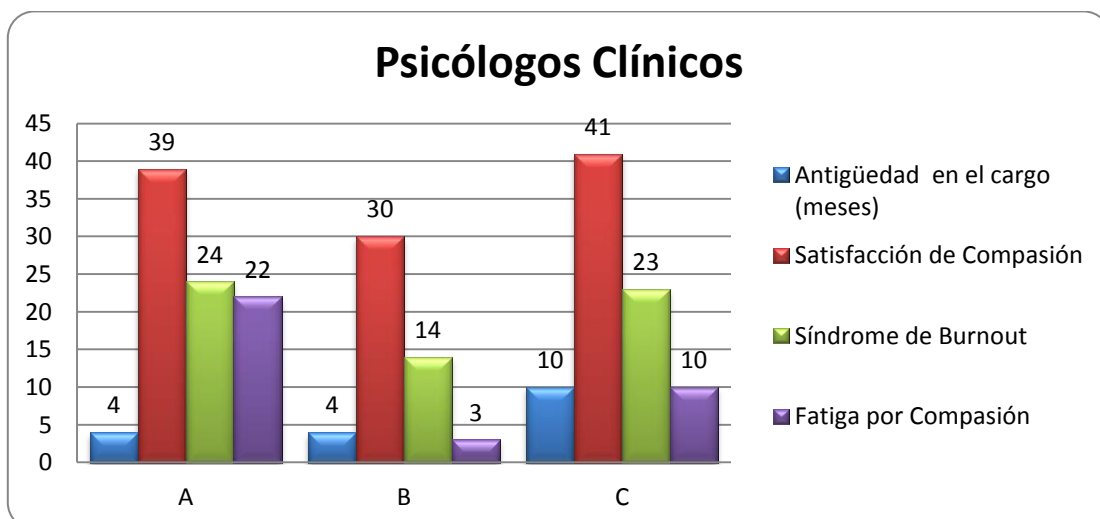
En esta profesión hay mucho contacto humano y todo contacto humano en sí, ya es estresante, porque miras mundos, y se trata al paciente y a su familia, y estamos de persona, no de enfermedad, y esa persona tiene una biografía, y la gran frustración que quisiéramos evitar es que esa persona no estuviera en ese estado y cuando tardamos en aliviar el dolor, cuando tardamos en sacar esos sentimientos, cuando probablemente lo intentamos, pero falleció, es cuando tú te quedas bastante frustrado. A veces uno cree que el ser profesional es no ser humano y los doctores o enfermeras que les enseñaron a curar, cuando ellos no curan se sienten frustrados, la muerte ejerce una frustración o se lavan las manos. Yo he visto que cuando la doctora atiende muchos pacientes a la semana sí se le ve un desgaste, hay otros compañeros, sicólogos que atienden muchos pacientes y se les ve ese desgaste, lo mismo de la parte espiritual.

En grupo realizamos los anti estrés, los anti burnout, son salidas sociales, un cafecito, alguna cosa y a nivel personal tengo varios hobbies, el cuatro por cuatro, me voy a la montaña, me distraigo y ahí no pienso en nada, voy a pegar cocos en el Ejido. Algo que es muy importante es el apoyo de la familia, afortunadamente es una actividad que comparto con mi esposa.

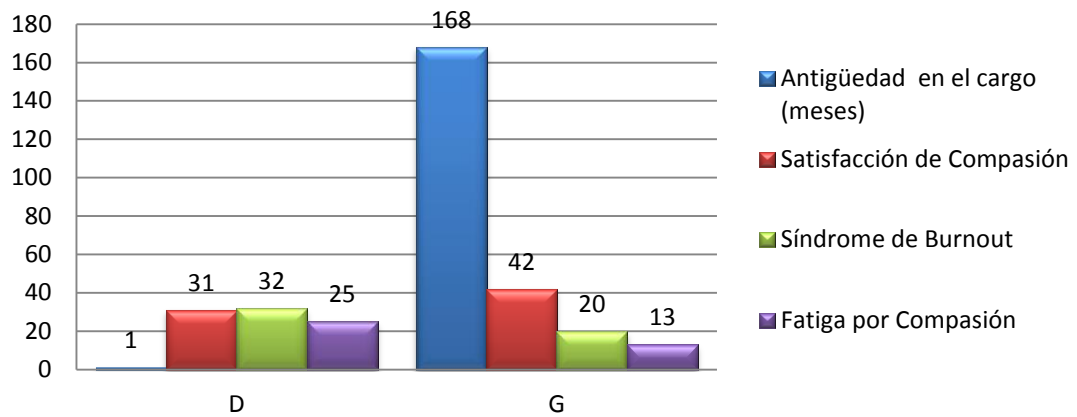
ANEXO 9

GRÁFICOS ESCALA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL CVPRO IV

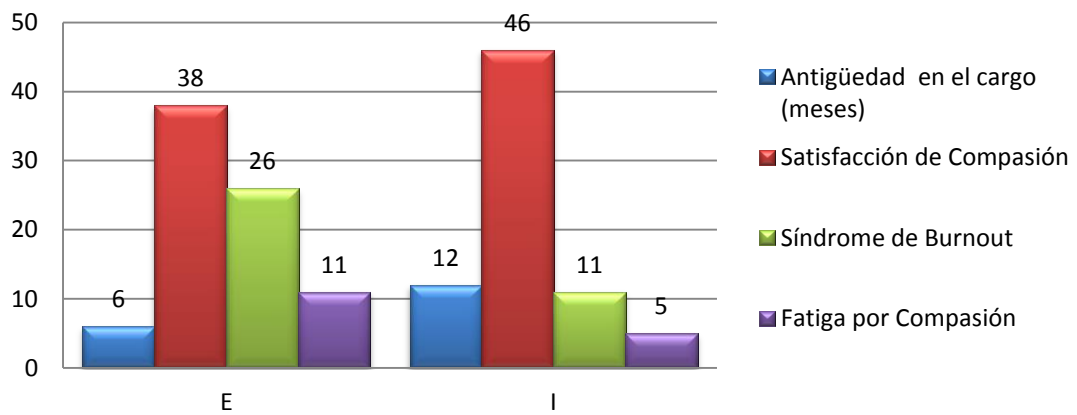
ANÁLISIS INDIVIDUAL POR PROFESIÓN



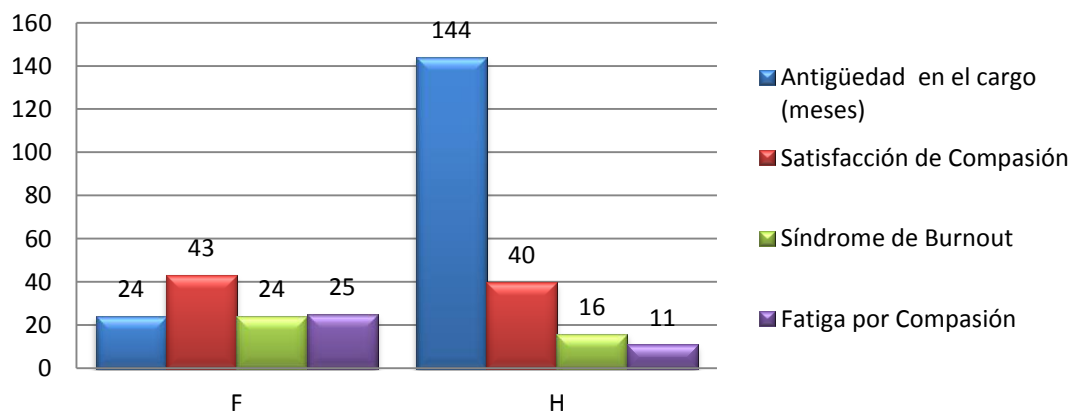
Médicos Tratantes



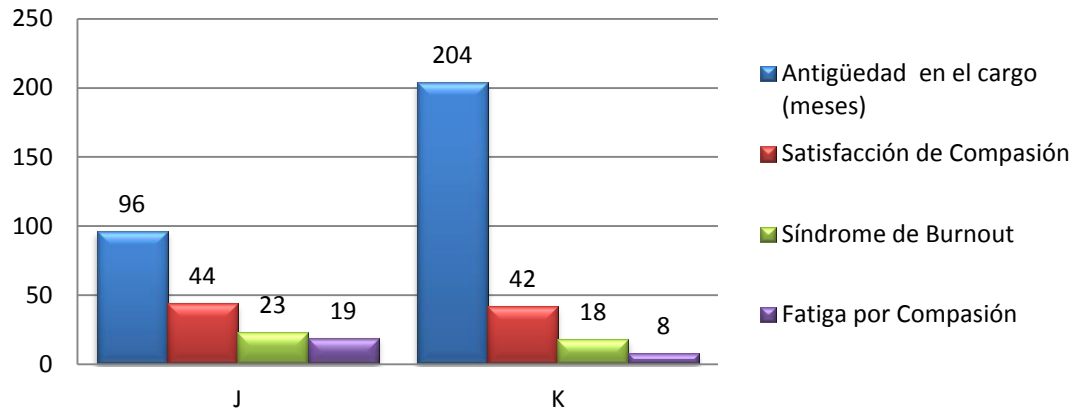
Religiosos



Enfermeras



Voluntarios



ANEXO 10

TABLA DE RESUMEN INDIVIDUAL

PERFIL DE ESTRÉS DE NOWACK

Ident.	Estrés	Hábitos de salud	Ejercicio	Descanso / sueño	Alimentación / nutrición	Prevención	Conglomerado de reactivos ARC	Red de apoyo social	Conducta tipo A	Fuerza cognitiva	Valoración positiva	Valoración negativa	Minimización de la amenaza	Concentración en el problema	Bienestar psicológico
A	36	49	28	53	38	77	49	32	37	41	51	33	49	42	53
B	39	62	64	57	57	53	63	66	44	54	51	56	64	56	53
C	46	36	40	38	40	42	49	58	45	48	37	51	34	42	50
D	54	49	55	38	54	56	39	50	62	28	43	48	64	42	56
E	54	41	40	47	40	49	55	45	35	43	58	44	53	42	51
F	54	46	49	30	63	47	49	39	51	47	62	40	34	51	51
G	44	49	43	41	51	61	39	54	53	54	40	51	41	66	54
H	46	53	43	47	70	51	59	41	40	54	33	55	49	30	50
I	27	73	64	75	73	59	39	39	23	62	56	24	72	61	62
J	56	47	46	64	46	44	49	59	37	40	33	48	28	30	33
K	41	50	46	61	46	53	49	43	59	62	51	58	60	56	50

